

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 4 mars 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s, 8 al. 1, 16, 17 al. 1, 29 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 s. LAI ;  
29bis et 88a RAI**

**E n f a i t :**

**A.** E.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], marié et père de trois enfants nés en [...], [...] et [...], au bénéfice de formations de mécanicien ajusteur et de soudeur acquises dans son pays d'origine, titulaire d'un CFC d'imprimeur obtenu en Suisse en 2003, a travaillé dès octobre 1989 pour M.\_\_\_\_\_, en qualité d'imprimeur sur machine offset.

En arrêt de travail à 50 % dès fin septembre 2009 en raison de douleurs dorsales, l'assuré a été vu le 13 janvier 2010 par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Ce médecin a procédé à un examen neurologique complet qui s'est révélé « tout à fait satisfaisant ».

Le 21 janvier 2010, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de « cervicalgies de caractère musculaire, dysfonctionnel et discarthrose modérée », « état après périarthrite scapulo-humérale des épaules », « dorsolombalgies mécaniques » et obésité. Il a précisé qu'il n'y avait pas d'atteinte disco-vertébrale significative et a préconisé la prescription d'un décontracturant musculaire (cf. rapport du 25 janvier 2010).

L'assuré a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 5 février 2010, suivie d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 10 mars 2010.

M.\_\_\_\_\_ a rempli le questionnaire pour l'employeur le 18 mars 2010 puis, le 25 mars 2010, l'OAI a versé au dossier un extrait du compte individuel AVS de l'assuré.

Dans un rapport du 24 avril 2010, la Dre V.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgie gauche irritative C6 sur discopathie C5-C6 et de douleurs lombaires, existant depuis 2007. Elle a

par ailleurs signalé plusieurs diagnostics sans effet sur la capacité de travail, dont un état anxieux. L'activité habituelle pouvait encore être exercée à 50 %. Une augmentation du temps de travail serait toutefois possible moyennant une adaptation des conditions ergométriques. N'étaient plus exigibles les activités en position statique ou exercées principalement en marchant, le travail avec les bras au-dessus de la tête, accroupi ou à genou, le port de charges supérieures à 15 kg, monter sur une échelle ou un échafaudage. La capacité de résistance était limitée en ce sens qu'il fallait éviter les efforts physiques prolongés. Selon les pièces jointes à son rapport, la Dre V. \_\_\_\_\_ avait adressé l'assuré à un rhumatologue en 2007, lequel avait conclu à « des omalgies [droites] probablement imputables à un syndrome cervical C6 irritatif prédominant à [gauche] à insérer dans un contexte d'une discopathie C6-C7 avec spondylose antérieure associée également à une insertionite de l'angulaire de l'omoplate probablement reflet d'une tentative de compensation », puis à une consultation spécialisée dans le traitement de la douleur dans le courant de l'année 2009. Une IRM (imagerie par résonance magnétique) effectuée en avril 2009 avait objectivé une discopathie C5-C6.

L'assurance perte de gain en cas de maladie de l'employeur a mandaté le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, pour procéder à une expertise. Dans son rapport du 25 juin 2010, ce médecin a posé les diagnostics de cervico-dorsalgies sur troubles statiques et dégénératifs, probable syndrome d'apnées du sommeil, symptomatologie mal systématisée d'allure fonctionnelle (vertiges, fourmillements) et obésité. Sur le plan neurologique, il n'y avait aucune incapacité de travail, cette question devant être appréciée sur le plan rhumatologique.

Dans un rapport adressé le 7 juillet 2010 à l'OAI, le Dr G. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies et scapulalgies de caractère musculaire dysfonctionnel associées à des céphalées de tension. L'incapacité de travail dans l'activité d'imprimeur était de 50 %. En revanche, dans une activité adaptée, l'assuré pouvait travailler 6 à 8 heures par jour et reprendre une

activité à 50 % « à accroître progressivement avec l'adaptation de l'activité professionnelle ». Les restrictions physiques étaient décrites comme suit : « limitations de la capacité de travail avec les bras au-dessus de la tête et aussi de travailler avec les bras en suspension, surtout en charge. Limitation dans les efforts pour soulever/porter des charges lourdes, voire moyennes si ces efforts sont répétitifs. Difficultés à maintenir les positions statiques assise ou debout, tête penchée ».

Le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a ensuite été mandaté par l'assurance perte de gain pour une expertise. Dans son rapport du 26 août 2010, ce médecin a posé les diagnostics suivants :

- « • Cervico-dorso-scapulalgies bilatérales
  - o Discopathies C5-C6 et C6-C7
  - o Ostéophytose antérieure C5-C6 et C6-C7
  - o Séquelles de maladie de Scheuermann au niveau dorsal avec hypercyphose prononcée et ostéophytose antérieure dorsale modérée
- Gonalgies droites dans le cadre d'une gonarthrose droite fémoro-patellaire décompensée
- Suspicion de syndrome des apnées du sommeil anamnestique
- Obésité de classe II [...] »

Le Dr Z.\_\_\_\_\_ estimait que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans sa profession actuelle. Dans une activité adaptée, la capacité de travail résiduelle était de 100 % d'un point de vue rhumatologique, sans tenir compte d'une éventuelle comorbidité pulmonaire. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « limitations dans sa capacité de porter et soulever des charges de plus de 15 kg surtout lors de positions en porte-à-faux, ou avec les bras au-dessus de l'horizontale, nécessité de pouvoir alterner les positions assis et debout toutes les 60 minutes, nécessité de ne pas devoir faire d'effort de marche prolongée (plus de 1 km d'affilée) surtout dans les escaliers ou de monter sur des échelles en raison de l'atteinte arthrosique débutante au niveau du genou droit ».

Le 8 septembre 2010, l'OAI a reçu un rapport établi par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, posant le diagnostic sans effet

sur la capacité de travail de syndrome d'apnées du sommeil sévère positionnel, dyspnée II.

M. \_\_\_\_\_ ayant mis fin aux rapports de travail pour le 30 septembre 2010, l'assuré s'est inscrit au chômage pour une activité à 50 %.

Dans un rapport du 26 octobre 2010, le Service médical régional de l'AI (SMR) a pris connaissance des pièces versées au dossier et noté que l'assuré présentait une atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail durable de 50 % dans l'activité habituelle depuis le 25 janvier 2010. La capacité de travail exigible était de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient porter/soulever des charges limitées à 15 kg, éviter les positions en porte-à-faux, alternance des positions assises et debout une fois par heure, éviter les marches prolongées au-delà de 1 km, éviter de monter des escaliers et de travailler sur des échelles. Le début de l'aptitude à la réadaptation était le 26 octobre 2010.

Dans le cadre de son inscription au chômage, l'assuré a bénéficié d'une mesure comprenant un bilan puis un stage d'employabilité en atelier protégé au printemps 2011. Le stage a toutefois été interrompu prématurément, en raison des douleurs rapidement ressenties par l'intéressé et de son rendement très faible, malgré une grande détermination et volonté « d'aller de l'avant » (cf. rapport final de la fondation [...] du 26 mai 2011).

Le 8 juillet 2011, le médecin-conseil du Service de l'emploi a déterminé que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité permettant l'alternance de position assise et debout, pas de port de charge supérieure à 8 kg, pas de travail sur un échafaudage, pas de rotation du tronc, pas de travail sur un terrain irrégulier, pas de travail de précision avec les mains. Sur cette base, un nouveau stage lui a été proposé dans le domaine de l'impression numérique dès octobre 2011.

Dans un rapport du 13 mai 2012, la Dre V.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies bilatérales sur troubles dégénératifs de la colonne cervicale et discopathies C4-C5-C6 avec composante irritative C5-C6 depuis 2007, surdité de transmission droite après tympanoplastie de type II en 2004 et état anxieux avec épisodes de paniques depuis 2010. Le patient présentait de la fatigue, un épuisement, un sentiment d'injustice vis-à-vis de la maladie, des douleurs aux changements de position des deux épaules, une rigidité cervicale, des fourmillements au niveau des mains et des douleurs au niveau des coudes. Il avait refusé un soutien psychologique. La Dre V.\_\_\_\_\_ a par ailleurs joint, notamment, un rapport d'IRM lombaire du 3 mai 2012, laquelle a révélé une discopathie dégénérative « toute débutante » L4-L5, l'absence d'hernie discale « notamment », l'absence de canal lombaire étroit et l'existence d'une arthrose interapophysaire postérieure bilatérale étagée débutante.

L'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure de réadaptation de l'AI dès août 2012, avec un stage comme mécanicien réparateur de vélo à 100 %. Toutefois, la Dre V.\_\_\_\_\_ a établi une attestation le 5 septembre 2012, selon laquelle la capacité de travail actuelle de l'assuré était de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en raison d'une péjoration de son état de santé. Etaient non recommandées, les activités uniquement en position assise ou debout, exercées principalement en marchant (terrain irrégulier), avec les bras au-dessus de la tête et à genou, les mouvements répétitifs et monter sur une échelle échafaudage ; étaient limitées, les activités dans différentes positions dépassant une heure, se pencher dans diverses positions, accroupi, rotation en position assise/en position debout (mouvements répétitifs), soulever/porter (près/loin du corps) des charges dépassant 8 kg, ainsi que monter et descendre les escaliers rapidement.

Le 14 septembre 2012, la Dre D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'une incapacité de travail de 50 % jusqu'au 30 septembre 2012, renouvelée ensuite.

A la demande de la Dre V.\_\_\_\_\_, le Dr X.\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen neurologique complet de l'assuré. Dans son rapport du 24 septembre 2012, le neurologue a conclu que le patient, « compte tenu de sa cervicarthrose, son arthrose lombaire et sa discopathie L3-L4 et d'une atteinte au niveau des articulations des deux épaules », ne pouvait assumer une activité qu'à 50 %. Il a confirmé ces informations dans un rapport à l'OAI du 18 octobre 2012 en précisant qu'il s'agissait de la capacité de travail dans l'activité habituelle.

La Dre D.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI le 16 novembre 2012, dans lequel elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) depuis trois ans, trouble de la personnalité à traits mixtes mais du registre psychotique (F61) et probable atteinte neuropsychologique d'origine indéterminée (F06) existant « depuis l'adolescence mais décompensé actuellement depuis une année ». Le pronostic était « réservé en raison d'une évolution chronique qui a entraîné déjà un déficit stable (partiel) ». Elle a prescrit un traitement médicamenteux ainsi qu'un suivi psychologique. L'assuré présentait une incapacité de travail de 50 % dans l'activité d'imprimeur depuis le 14 septembre 2012, mais avec des adaptations au niveau des charges et responsabilités. Dans l'annexe psychiatrique, la Dre D.\_\_\_\_\_ a mentionné les éléments suivants : difficultés relationnelles en situation de surmenage, hostilité ou agressivité, difficultés dans la gestion des émotions, apragmatisme, difficultés liées aux tâches administratives, difficultés pour maintenir l'hygiène personnelle, difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne, difficulté à maintenir un rythme diurne/nocturne, difficultés d'organisation du temps, hypersensibilité au stress, apparition périodique de décompensation et exacerbation des douleurs somatiques préexistantes. L'assuré présentait en outre, en situation de stress important, des capacités limitées de concentration/attention, de compréhension, mnésiques, d'organisation/planification et d'adaptation au changement. N'étaient plus possibles, les activités en contact avec la clientèle et celles exigeant une grande autonomie, de l'endurance, de la précision, de la rapidité, de

l'adaptation permanente ou impliquant des tâches complètes. La psychologue a joint un rapport d'examen psychologique établi le 4 novembre 2012 par la psychologue [...], selon laquelle le tableau présenté évoquait en premier lieu la décompensation sur un mode mélancolique d'un fonctionnement d'allure masochiste, mais fondé sur un vécu plus persécutoire, pouvant également faire penser à une réaction de catastrophe liée à la perte de repères et de capacités sur le plan cognitif, de sorte que l'on ne pouvait totalement exclure une atteinte sur le plan neuropsychologique.

Un rapport de fin de mesure d'intégration professionnelle a été établi le 30 novembre 2012 par l'organisme mandaté par l'OAI. Il en ressort que l'assuré a effectué un stage dans l'activité industrielle légère et des modules à 50 % en atelier protégé, mais qu'il s'est montré « réservé » pour s'engager dans une reconversion professionnelle et n'a pas souhaité poursuivre dans les domaines testés, préférant poursuivre dans son activité d'imprimeur à 50 %. La mesure a ainsi pris fin le 25 novembre 2012.

Le 12 février 2013, à la demande de la psychiatre, le Dr X.\_\_\_\_\_ a procédé à un examen neurologique comprenant un électroencéphalogramme (EEG) et une évaluation par Mini Mental Status. L'EEG s'est révélé normal, tandis que le Mini Mental Status a montré que le patient était très ralenti. En conclusion, le neurologue a indiqué que l'intéressé présentait « des troubles mnésiques certains, peut-être faussement aggravés par l'état dépressif qui nécessite un suivi ponctuel ».

Le 19 février 2013, la Dre D.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions complémentaires de l'OAI. Elle a posé les diagnostics « ayant une répercussion pour l'AI » de trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), trouble mixte de la personnalité (traits psychotiques ; F61) et atteinte neuropsychologique (F06). Le cas était stabilisé « au prix d'un soutien permanent médical et familial » mais la capacité de travail était nulle et durable depuis le 14 septembre 2012, « sauf si possibilité d'adaptation d'un poste en fonction de son handicap :

il pourrait à nouveau travailler dans son domaine d'activité qui lui est très familier et qui est très valorisant à un taux maximal de 50 % tout en supposant que des mesures d'adaptation soient possibles », tenant compte des limitations fonctionnelles physiques et psychiques. Les limitations fonctionnelles d'ordre psychique étaient : « angoisse très forte en situation contraignante ou complexe, difficultés à mettre de l'ordre dans ses pensées ou dans les actions ou activités, découragement rapide avec des rechutes dépressives graves comportant des idées de suicide et menaces hétéro-agressives, méfiance relationnelle avec interprétativité persécutoire à l'égard d'autrui, et des limitations d'ordre cognitif : difficulté de compréhensi[on] des consignes complexes, difficultés de mémoris[ation], oublis, difficultés de concentration et attentionnelles. »

Le Dr X. \_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen neurologique complet le 4 mars 2013. Dans son rapport, il a relevé qu'une IRM cérébrale effectuée le 22 février 2013 ne montrait pas d'atteinte ni d'atrophie significative. En conclusion, il a indiqué que le patient, apathique, déprimé et ralenti, présentait une discrète hypoesthésie du membre supérieur gauche « peu probante », de sorte qu'il devait surtout continuer son suivi auprès de sa psychiatre. Il avait en outre prescrit un médicament pour les douleurs basicervicales et une légère contracture au niveau des trapèzes.

Dans ses rapports adressés les 10 avril et 13 décembre 2013 à l'assurance perte de gain de l'employeur, la Dre D. \_\_\_\_\_ a confirmé son diagnostic et l'incapacité de travail déjà signalés à l'OAI, indiquant qu'il n'y avait pas eu de complication et que le traitement psychiatrique intégré se poursuivait.

Le 30 avril 2014, la Dre D. \_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI afin de signaler que son patient connaissait d'importantes fluctuations au niveau clinique. La situation était inquiétante en raison d'une réapparition d'idées suicidaires scénarisées et parfois de menaces hétéro-agressives, ce qui avait nécessité de nouvelles mesures thérapeutiques. Elle maintenait que la capacité de travail était de 50 % dans une activité

adaptée, signalant que l'assuré recherchait un emploi, sans succès, et qu'un accompagnement de l'OAI était indiqué.

Le 19 septembre 2014, la Dre D.\_\_\_\_\_ a établi un certificat médical à l'attention de l'assurance-chômage, dans lequel elle a indiqué que, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2014, l'assuré pouvait « travailler encore dans son métier d'imprimeur à 50 % en se basant sur les connaissances déjà acquises et non pas sur des formations complémentaires nouvelles ou domaines voisins avec les mêmes restrictions ». Dans un rapport à l'OAI du même jour, ce médecin a exposé qu'après une recrudescence des symptômes anxiodépressifs en début d'année, l'assuré connaissait « une période de meilleure stabilité » qui permettait de tenter de rechercher avec le chômage, une activité adaptée à 50 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2014.

Le 18 novembre 2014, l'assuré a conclu un contrat de travail avec [...] SA, portant sur une activité d'imprimeur à 50 %.

A la suggestion du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, psychiatrique, rhumatologique et neurologique. Celle-ci a été confiée aux Drs R.\_\_\_\_\_, pour le volet de médecine interne générale, Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et P.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, lesquels ont vu l'assuré au cours d'une hospitalisation à la W.\_\_\_\_\_.

Le Dr P.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise rhumatologique le 11 mars 2015. Il a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de troubles statiques rachidiens (hypercyphose) (M 48.99) et de rachialgies non spécifiques (M 54.9). Relevant un déconditionnement global de l'assuré, le Dr P.\_\_\_\_\_ a exposé que les documents d'imagerie paraissaient rassurants, puisqu'il n'y avait « pas véritablement de discopathie » au niveau des vertèbres C5 à C7 mais plutôt « une coulée engainante dans le cadre d'un DISH (hyperostose squelettique diffuse idiopathique) qui se développait entre les vertèbres C5 et C7 », qu'il n'y avait rien de particulier sur les radiographies lombaires et que la discopathie L4-L5 était « ébauchée et ne

saurait expliquer tout ou partie des symptômes ». Il relevait néanmoins qu'il existait « incontestablement » une base organique aux plaintes, les troubles statiques rachidiens pouvant exercer, avec le temps, des tensions musculaires, mais que cela ne pouvait expliquer l'ampleur du handicap allégué. Ainsi, en se basant uniquement sur l'atteinte de l'appareil locomoteur, une capacité de travail de 100 % était « manifestement exigible dans une activité adaptée, décrite à plusieurs reprises par le passé en terme de posture et de manutention de charges ».

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a déposé son rapport d'examen neurologique le 11 mars 2015 également, avec la conclusion suivante :

« Il s'agit d'un assuré de [...] ans, d'origine [...], avec une formation de soudeur et de mécanicien dans son pays, non reconnue ici. Il a exercé en Suisse divers métiers dont dernièrement dans une imprimerie. Il présente des douleurs de la ceinture scapulaire depuis une quinzaine d'années, des douleurs nocturnes aux deux mains avec des signes de Flick positifs. Il ressent des douleurs lombaires basses irradiant à la face postérieure de la jambe gauche depuis deux ans ainsi que des céphalées intenses épisodiques depuis quinze ans. L'examen neurologique détaillé démontre une hypoesthésie des doigts I et II des deux côtés, tacto-algiques palmaires distales avec des signes de Phalen positifs, une hypoesthésie en chaussette distale, dès l'avant-pied, une légère instabilité aux épreuves posturales, une hypoesthésie correspondant au territoire L5 à gauche. On retient alors comme diagnostics des migraines sans aura, une polyneuropathie longueur-dépendante et symétrique des membres inférieurs, de degré léger à modéré et un tunnel carpien des deux côtés avec un déficit sensitifs.

Les documents d'imagerie par IRM lombaire et cérébrale sont normaux. »

Le Dr F. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise psychiatrique le 12 mars 2015. Il a conclu à l'absence de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail au plan psychiatrique, en précisant qu'un épisode dépressif majeur, « probablement moyen ou sévère, en 2012, possiblement dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent (F33.2) » était actuellement en rémission complète (F33.4). Dans la discussion, il a exposé que cette dépression « a sûrement justifié un arrêt maladie total de moyenne durée ainsi que de 50 %, également pour une durée de quelques mois », l'assuré ayant « rapidement réagi au traitement psychiatrique correct ». Il a exposé pour quels motifs il ne

retenait pas les diagnostics posés par la Dre D.\_\_\_\_\_ et précisé, à propos du trouble du sommeil, qu'il était « d'une gravité suffisante pour être à l'origine d'une fatigue diurne parfois importante, mais n'[était] pas issue de la maladie dépressive et n'[était] donc pas un symptôme résiduel de cette maladie », de sorte qu'il devait être apprécié dans le cadre de l'évaluation somatique (syndrome de l'apnée du sommeil).

Le rapport d'expertise pluridisciplinaire déposé le 31 mars 2015, incluant les constats de médecine interne de la Dre R.\_\_\_\_\_, concluait comme suit :

« Au terme de l'entretien de synthèse, les experts s'accordent unanimement à retenir une atteinte significative à la santé sous la forme de troubles statiques rachidiens et de rachialgies non spécifiques. Cette atteinte entraîne des limitations, telles que décrites dans le rapport d'expertise rhumatologique d'août 2010 du Docteur Z.\_\_\_\_\_, en termes de posture et de soulèvement de charge, avec une capacité de travail de 50 % dans l'ancienne activité de conducteur de machine offset. En revanche, dans une activité adaptée respectant les limitations, l'exigibilité est entière, comme également mentionné dans l'expertise du Docteur Z.\_\_\_\_\_.

L'atteinte psychiatrique est en rémission, sous la forme d'un épisode dépressif majeur probablement moyen ou sévère en 2012, possiblement dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent, et ne revêt plus de caractère incapacitant. Cette atteinte a entraîné une incapacité de travail transitoire de 50 % pendant quelques mois. L'expert psychiatre ne retient pas de trouble de la personnalité ni de syndrome psycho-organique, les troubles observés à l'époque étant probablement secondaires au trouble dépressif.

D'autres diagnostics ont été relevés au plan somatique, sans répercussion sur la capacité de travail, sous la forme de migraines sans aura, polyneuropathie des membres inférieurs, tunnel carpien bilatéral, syndrome de l'apnée du sommeil, reflux gastro-œsophagien, cholélithiase, surdité de transmission et hypercholestérolémie. Ces diverses atteintes n'entraînent aucune répercussion sur la capacité de travail dans quelque activité que ce soit.

L'assuré a repris un emploi à 50 % dans une imprimerie, travaillant sur une petite machine à raison de 4 heures par jour. Pour cette raison, l'activité exercée étant considérée comme adaptée aux limitations, aucune mesure professionnelle ne s'impose.

Le pronostic d'une reprise à temps complet de l'activité professionnelle reste toutefois réservé, devant la durée d'évolution des troubles et l'assuré paraissant définitivement convaincu qu'il ne peut pas exercer une quelconque activité à un taux supérieur à

50 %. Monsieur E. \_\_\_\_\_ dispose toutefois de ressources suffisantes pour augmenter progressivement ce taux d'activité jusqu'à un rendement complet.

Du point de vue thérapeutique, le trouble dépressif étant actuellement en rémission aucun traitement particulier n'est proposé. »

A la demande du SMR, les Drs F. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ ont établi un complément d'expertise le 6 juin 2015, dans lequel ils ont précisé que la capacité (*recte* incapacité) de travail de l'assuré sur le plan psychiatrique avait évolué de la manière suivante avant l'expertise : 100 % du 13 mai 2012 au 14 septembre 2012, 50 % du 15 septembre 2012 au 19 février 2013 et 0 % depuis le 20 février 2013.

Dans un avis du 30 juin 2015, le SMR a mis en doute l'évaluation psychiatrique du Dr F. \_\_\_\_\_ en regard des constats de la psychiatre et de la psychologue traitantes. Après avoir soumis le cas à son collaborateur spécialisé en psychiatrie, le SMR a conclu ce qui suit :

« Nous devons retenir une [incapacité de travail] totale du 13.5.2012 au 14.9.2012 suivie d'une longue période d'[incapacité de travail] à 50 % dès le 15.9.2012 à la date de l'expertise à laquelle le Dr. F. \_\_\_\_\_ a pu de lui-même se rendre compte de l'état de santé de l'assuré. Auparavant, il n'était pas en mesure de le faire et sa conviction personnelle, basée sur des spéculations, ne peut être opposée en termes de preuve à l'avis des médecins traitants, la Drss. D. \_\_\_\_\_ et le Prof. X. \_\_\_\_\_. Après la date de l'expertise, la [capacité de travail] dans une activité adaptée redevient totale, les limitations fonctionnelles étant uniquement somatiques et bien décrites par l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ [...], qui a été approuvée par le Dr. P. \_\_\_\_\_ (p. 15 expertise 31.3.2015). »

Convoqué pour un entretien à l'OAI le 22 septembre 2015, l'assuré s'est montré agressif, tenant même des propos menaçants à l'égard des collaborateurs en charge de son dossier, et a fait part de sa totale incompréhension du fait que l'OAI voudrait l'obliger à suspendre son activité actuelle au profit d'une autre activité à plein temps.

Le 12 octobre 2015, la Dre D. \_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI que l'assuré présentait une « aggravation des troubles dépressifs récurrents préexistants avec tous les symptômes déjà évoqués dans les anciens rapports et caractéristiques d'un épisode sévère avec des symptômes

psychiatriques : idées de ruine, de mort, menaces hétéroagressives et ceci devant la perspective de l'abandon de son travail d'imprimeur à 50 %, travail familial et valorisant, au profit d'une nouvelle activité à plein temps ». Elle concluait que, d'un point de vue psychiatrique, l'incapacité de travail de 50 % restait durable, toute surstimulation étant susceptible de majorer les troubles psychiques.

Dans un rapport du 9 décembre 2015, le Dr K.\_\_\_\_\_, nouveau médecin généraliste traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de trouble dépressif sévère avec symptômes psychotiques et de troubles de la personnalité avec risque de décompensation psychotique. Il a précisé que la situation s'était aggravée temporairement et qu'il était indispensable que l'assuré continue son travail à temps partiel pour une durée indéterminée.

Dans un avis du 27 mai 2016, le SMR a relevé que l'aggravation mentionnée par la psychiatre traitante était avant tout réactionnelle face au résultat de l'expertise fixant sa capacité de travail à 100 % et ne devrait a priori pas perdurer. Relevant que l'assuré semblait disposer de ressources qui devraient être beaucoup mieux utilisées dans une activité adaptée, le SMR estimait ne pas pouvoir se prononcer sur une situation opposant l'expert psychiatre et le psychiatre traitant adoptant une position empathique. Il préconisait par conséquent la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès d'un autre médecin indépendant.

Le 6 juillet 2016, l'assuré s'est blessé à la cheville gauche sur son lieu de travail. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a dès lors attesté d'une incapacité de travail complète en raison d'une fracture de la grande apophyse du calcanéum puis de douleurs persistantes à la cheville.

L'assurance perte de gains en cas d'accident de l'employeur [...] SA a pris en charge le cas et versé des indemnités journalières.

L'employeur a mis fin au contrat de travail de l'assuré avec effet 31 janvier 20017 puis l'assuré a déposé une nouvelle demande de

détection précoce, en raison de douleurs chroniques à la cheville gauche le 16 février 2017.

Le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a été mandaté par l'assurance-accidents pour une expertise. Celui-ci a déposé son rapport le 23 mai 2017, fondé sur un examen de l'assuré effectué le 18 mai 2017 et un dossier médical comprenant notamment trois IRM de la cheville gauche effectuées en juillet et août 2016, ainsi que janvier 2017. L'expert a posé les diagnostics de status après traumatisme de la cheville et de l'arrière-pied gauche avec fracture peu déplacée de la grosse tubérosité du calcaneum et probable entorse du faisceau antérieur du ligament latéral externe survenu le 6 juillet 2016, obésité classe II, cervico-dorso-lombalgies chroniques sur probables troubles dégénératifs, hypercyphose dorsale, probable conflit sous acromial des deux épaules, gonarthrose débutante du genou droit prédominante du compartiment fémoro-tibial interne et possible ataxie d'origine à déterminer. L'expert a exposé que l'obésité de l'assuré pouvait favoriser un temps de récupération plus long après la petite fracture. Cependant, les symptômes dont l'assuré se plaignait actuellement en lien avec son arrière-pied gauche n'avaient pas de substrat organique objectivable et des facteurs non-organiques jouaient un rôle prépondérant dans l'évolution du cas. Il n'y avait plus d'incapacité de travail pour ce qui concernait les suites de l'accident. Il relevait par ailleurs qu'en raison des atteintes non accidentelles (cervico-dorso-brachialgies, hypercyphose et douleurs aux deux épaules), un travail adapté, semi-sédentaire avec port de charge limité à 10 kg et sans mouvements répétés des épaules ou des mouvements au-delà de l'horizontal des épaules était nécessaire.

Dans un courrier du 15 juin 2017 à l'assurance-accidents, le Dr K.\_\_\_\_\_ a contesté les résultats de l'expertise orthopédique, au motif que l'assuré lui avait « expliqué avoir toujours des douleurs chroniques progressives avec les charges et surtout à la marche », douleurs qu'il n'avait jamais ressenties avant l'accident. Le médecin a précisé avoir observé chez son patient une aggravation des problèmes cervico-dorso-lombaires et de l'épaule et a ajouté ce qui suit :

« Pour continuer, le patient est toujours sans réponse de l'AI, ce qui pèse dans son état psychologique. Il vient régulièrement chez moi dans un état tout à fait calme et coopératif sans problème psychiatrique évident. Nous avons discuté de son état anxio-dépressif qu'il arrive mieux à maîtriser qu'avant et je vous demande de faire le nécessaire afin de lui apporter une réinsertion professionnelle dans son métier d'origine ou équivalent. Le patient vous remercie aussi en avance pour votre suivi et si possible de trouver des solutions à ses problèmes. »

Par décision du 4 juillet 2017, l'assurance-accidents a mis fin à l'indemnité journalière au 31 juillet 2017 et au traitement médical au 30 juin 2017, et a refusé le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'assuré s'y est opposé.

Le 10 juillet 2017, la Dre D. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'elle ne suivait plus l'assuré et que celui-ci communiquerait le nom du nouveau psychiatre qu'il consulterait.

Le service juridique de l'OAI a rendu un avis le 4 septembre 2017, préconisant de s'écarter de l'avis du SMR du 27 mai 2016 et de ne pas mettre en œuvre de nouvelle expertise psychiatrique. Le juriste a relevé qu'il existait deux appréciations de l'état de santé de l'assuré avant expertise, soit celle de l'expert et celle de la psychiatre traitante, le SMR ayant privilégié la seconde pour des motifs qui ne paraissaient pas pertinents. Il estimait ainsi que le dossier contenait suffisamment d'éléments pour statuer, que l'aggravation de l'état de santé était peu étayée et que le comportement de l'assuré lors de l'entretien avec le conseiller de l'OAI ne justifiait pas l'existence d'un trouble de la personnalité d'une gravité l'empêchant d'exercer une activité professionnelle à 100 %, rappelant que l'expert n'avait pas retenu ce diagnostic et que, même si ce trouble était présent, cela n'avait jamais empêché l'assuré de travailler, un comportement agressif isolé ne pouvait être le reflet d'une personnalité dyssociale apparue soudainement.

Le 6 septembre 2017, le Dr X. \_\_\_\_\_ a procédé à un examen neurologique complet. Il a relevé que le patient était « certainement en dépression chronique qui nécessit[ait] un nouveau soutien

psychothérapeutique » et qu'il présentait des céphalées « certainement en relation avec l'état dépressif et probablement aussi en rapport avec les apnées ». Il a par ailleurs conclu que l'examen neurologique ne révélait aucun déficit au niveau des nerfs crâniens, que la nuque était relativement souple, qu'il n'y avait pas de pathologie au niveau des membres supérieurs et qu'aux membres inférieurs, mis à part les douleurs au niveau du pied gauche, il n'y avait pas d'autre pathologie.

Dans un rapport du 19 septembre 2017, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, consulté par l'assuré pour ses douleurs à la cheville, a indiqué que son impression était que le patient présentait des douleurs neurogènes avec probable atteinte du nerf sural gauche dans un contexte post-fracture du calcanéum gauche et qu'il l'avait adressé au Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique.

Consulté le 2 octobre 2017, le Dr N.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de neuropathie post traumatique des nerfs sciatiques externe et péronier et a proposé d'effectuer des blocs au niveau de ces nerfs.

Dans un rapport du 30 novembre 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome d'apnée du sommeil de degré sévère positionnel, hypersomnolence diurne très importante, ronchopathie légère et bruxisme. Rappelant un premier échec de l'appareillage par CPAP en 2010, il indiquait que l'assuré était motivé à tenter à nouveau un tel appareillage et préconisait de doser la ferritine en raison de quelques mouvements périodiques des membres inférieurs.

Instruisant l'opposition de l'assuré, l'assurance-accidents a mandaté le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, pour procéder à une expertise du pied gauche de l'assuré. Ce médecin a déposé son rapport le 16 avril 2018, répondant comme suit à la question de l'assurance demandant si l'assuré présentait au pied gauche des troubles neurologiques objectivables d'un point de vue organique :

« Non. En effet, malgré qu'il allègue des douleurs sous forme de "fourmillements et des sensations de chaleur", celles-ci ne peuvent pas être rattachées à un déficit segmentaire intéressant le territoire du nerf saphène externe ou celui du musculo-cutané. Il n'y a pas non plus de douleur pouvant être attribuée à une compression du nerf plantaire puisqu'il n'y a aucune plainte au niveau du pied dans le territoire de ces quatre nerfs. Par contre, en fin d'électromyographie lorsque nous avons discuté des résultats de cet entretien, il a développé des phénomènes paresthésiques distaux entrant clairement dans le cadre de phénomène de Trousseau.

En conséquence, les plaintes alléguées ici sont une intrication entre des douleurs d'ordre musculo-squelettique et une diminution de ses seuils de sensibilité à la douleur entrant dans le cadre d'un état de stress chronique voire d'un trouble somatoforme douloureux. De ce point de vue, il convient de relever que de par le passé, il améliorerait quelque peu ses douleurs rachidiennes avec une marche le long du lac en compagnie de son épouse, ce qu'il dit ne plus pouvoir faire actuellement.

Enfin, sans pouvoir l'affirmer de façon péremptoire, je note des atypies dans son examen neurologique. En effet, les troubles sensitifs relevés à l'examen dépasseront très largement le territoire du nerf musculo-cutané ou du nerf saphène externe, les deux nerfs pouvant être incriminés dans son traumatisme. En effet, je relève l'existence de troubles de la sensibilité intéressant la loge antéro-externe de la jambe et dans une moindre mesure de la cuisse gauche. Finalement, la discrimination entre deux points est rigoureusement symétrique y compris dans le territoire "douloureux ou paresthésique".

De ce fait, pour ma part, je pense qu'une exploration chirurgicale de son pied est contre-indiquée notamment dans son contexte général. S'il existe des doutes dans ce domaine, je pense qu'une consultation neurologique au [...] pourrait être intéressante pour lui.

Pour le reste, les autres questions de cette expertise "tombent" compte tenu de l'inexistence d'un déficit neurologique objectivable.

Enfin, je relève que les documents demandés auprès du Professeur X. \_\_\_\_\_ ne mettent pas en évidence d'autres troubles neurologiques pouvant expliquer sa symptomatologie ou être à la base d'une décompensation d'un état antérieur. »

L'assurance-accidents a rejeté l'opposition et confirmé son appréciation par décision sur opposition du 31 juillet 2018.

Prenant connaissance du dossier de l'assurance-accidents, le SMR a conclu comme suit dans son avis du 3 avril 2019 :

« D'après les derniers éléments fournis par [l'assurance-accidents], du point de vue médico-théorique, l'assuré avait une [capacité de travail dans une activité adaptée] 100 % (expertise W.\_\_\_\_\_) exigible avant son accident du 06/07/2016 (malgré qu'il avait repris une activité à 50 % depuis le 17/11/2014), l'expertise orthopédique du Dr C.\_\_\_\_\_, du 18 mai 2017, retient la reprise de l'activité antérieure à l'accident, les douleurs neuropathiques avaient été prises en compte dans l'évaluation de la W.\_\_\_\_\_, donc je propose que l'on considère, de nouveau, une exigibilité de la [capacité de travail dans une activité adaptée] de 100 % à partir du 18/05/2017. »

Un extrait du compte individuel de l'assuré a été versé au dossier le 18 juillet 2019.

Le 16 janvier 2020, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, proposant l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps, soit un quart de rente du 1<sup>er</sup> juin au 31 août 2012, une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2012, un quart de rente du 1<sup>er</sup> août au 31 octobre 2016 et une rente entière du 1<sup>er</sup> novembre 2016 au 31 août 2017. L'OAI relevait qu'à l'issue du délai d'attente, le 18 janvier 2011, l'incapacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle, mais qu'une pleine capacité de travail pouvait être raisonnablement exigée en respectant les limitations fonctionnelles (port de charge et soulever du poids limité à 15 kg, éviter les positions en porte-à-faux, alternance des positions assis/debout toutes les heures, éviter la marche prolongée au-delà d'un km, éviter de monter des escaliers et travailler sur une échelle). Pour la comparaison des revenus, l'OAI s'est basé sur le salaire que peut recevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services à 100 % selon les statistiques en 2011, en appliquant un abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Sur cette base, le degré d'invalidité s'élevait à 32,62 %, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente. La péjoration subie dès le 13 mai 2012 avait entraîné la détermination d'un nouveau délai d'une année, calculé sur la base d'une incapacité de travail moyenne de 40 % sur une année, atteinte le 22 juin 2012. La capacité de travail s'était améliorée dès le 15 septembre 2012, entraînant la cessation du versement de la rente au 31 décembre 2012. Une nouvelle péjoration dès le 6 juillet 2016 avait également entraîné la détermination d'un délai d'une année sur la base de

l'incapacité de travail moyenne de 40 % sur une année, échu le 15 août 2016. Dès cette date, l'invalidité donnait droit à un quart de rente jusqu'au 31 octobre 2016, puis à une rente entière jusqu'au 31 août 2017, l'état de santé s'étant amélioré à compter du 19 mai 2017. Une nouvelle comparaison des revenus, basée sur le salaire statistique que peut recevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services à 100 % en 2017, avec un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'âge, débouchait sur un degré d'invalidité de 33.66 %, n'ouvrant pas le droit à une rente.

Représenté par Me Alexandre Guyaz, l'assuré s'est opposé au projet de décision le 20 mars 2020. Il a fait valoir en premier lieu qu'il existait des avis médicaux divergents à propos de son incapacité de travail en lien avec son état de santé psychique, rendant nécessaire la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Il s'est en outre prévalu d'une aggravation de son état de santé psychique depuis mars 2015. Enfin, il a contesté les calculs de taux d'invalidité et les périodes retenus, concluant à l'octroi, outre les prestations admises, de trois-quarts de rente du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 30 juin 2015 et d'une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017. Il a produit les rapports médicaux suivantes :

- Un rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 6 mars 2020, par lequel ce médecin a rappelé les diagnostics posés par la Dre D. \_\_\_\_\_, consultée par l'assuré jusqu'en 2014, et indiqué qu'il avait constaté une aggravation de l'état psychique depuis mars 2015, avec des pensées noires un état dépressif plus sévère. Il a précisé qu'il avait dirigé son patient vers un nouveau psychiatre mais qu'il n'avait pas montré d'intérêt pour un suivi psychiatrique jusqu'en 2019. Le Dr K. \_\_\_\_\_ concluait à une incapacité de travail totale en raison de l'état anxiodépressif comprenant de possibles épisodes psychotiques.
- Les réponses données le 12 mars 2020 par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux questions posées du conseil de l'assuré. Précisant qu'il avait vu l'intéressé à huit

reprises depuis avril 2019, ce médecin a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). A la question de savoir s'il pouvait « admettre l'existence d'un certain trouble de la personnalité » comme l'avait fait précédemment la Dre D.\_\_\_\_\_, le Dr B.\_\_\_\_\_ a répondu que l'assuré présentait un bas seuil pour l'impulsivité, habituellement manifesté sous forme d'agressivité verbale, laquelle paraissait en lien avec des traits impulsifs de la personnalité. S'agissant de l'évolution de l'état de santé depuis mars 2015, le psychiatre a répondu qu'il n'était pas en mesure d'attester d'une aggravation d'un point de vue anamnestique depuis mars 2015 et que, depuis le début de son suivi, la symptomatologie anxieuse et dépressive d'intensité légère à modéré s'était maintenue constante au cours des entretiens. Du point de vue exclusivement psychiatrique, il évaluait la capacité de travail à 70 % avec un rendement à 100 %.

Par courrier du 24 juin 2020, l'OAI a réfuté l'argumentation soutenue dans l'opposition de l'assuré, relevant en particulier que l'expertise psychiatrique de 2015 pouvait être suivie dès lors que l'expert avait expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il ne retenait pas les mêmes diagnostics et incapacité que la psychiatre traitante de l'époque, tandis que le nouveau psychiatre traitant ne pouvait pas attester d'une aggravation postérieurement à l'expertise de 2015.

Par décision du 28 septembre 2020, l'OAI a notifié à l'assuré une décision d'octroi de rente d'invalidité confirmant son projet de décision.

**B.** E.\_\_\_\_\_, toujours assisté de Me Guyaz, a recouru le 30 octobre 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité lui est reconnu dès le 1<sup>er</sup> mai 2012 à des degrés divers en fonction d'aggravations ou améliorations de l'état de santé et se terminant par l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 2016, subsidiairement par l'octroi d'une demi-

rente à partir du 1<sup>er</sup> août 2019. Plus subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Reprenant l'argumentation développée dans l'opposition au projet de décision, le recourant a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique portant à la fois sur les années précédant l'expertise de mars 2015 et sur l'aggravation de l'état de santé survenu depuis lors.

Par réponse du 11 janvier 2021, l'intimé a fait valoir en particulier que les rapports établis en 2020 par les médecins traitants ne contenaient pas d'éléments objectifs dans le sens d'une aggravation de l'état de santé décrit par les différentes expertises au dossier. Une nouvelle expertise médicale ne se justifiait dès lors pas. Cependant, le complément d'expertise de la W. \_\_\_\_\_ mentionnait une incapacité de travail totale du 13 mai au 14 septembre 2012 puis de 50 % du 15 septembre 2012 au 19 février 2013, dont il n'avait pas été tenu compte dans la décision litigieuse par omission. Par conséquent, l'intimé a conclu à l'admission partielle du recours en ce sens que l'assuré a droit également à une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mai 2013.

Le recourant a répliqué le 17 février 2021. Relevant que le SMR avait lui-même émis des doutes quant à la valeur probante du rapport d'expertise de la W. \_\_\_\_\_ et de son complément, il a précisé que ses conclusions se fondaient sur une incapacité de travail psychiatrique. Il a par ailleurs réitéré ses critiques à propos du calcul du revenu sans invalidité.

Dupliquant le 9 mars 2021, l'OAI a confirmé ses conclusions en se référant à l'avis de son service juridique du 4 septembre 2017 et aux fiches de calcul figurant dans son dossier.

Par courrier du 15 novembre 2021, la Juge instructrice a exposé qu'après examen du dossier, il apparaissait que la décision rendue par l'intimé le 28 septembre 2020 pourrait être erronée, en ce sens que le

calcul de l'« invalidité moyenne » tel que pratiqué par l'office ne semblait pas conforme à la loi, si bien que les périodes d'allocation de rentes pourraient être supérieures à celles qui auraient dû normalement être octroyées en application des dispositions légales en matière de calcul des délais. Ainsi, après délibérations, la Cour informait l'assuré de ce que la décision rendue le 28 septembre 2020 par l'OAI pourrait être réformée à son détriment. Par conséquent, appliquant l'art. 61 let. d LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), la Juge instructrice a imparti à l'assuré un délai au 30 novembre 2021 pour se déterminer et, cas échéant, retirer le recours en l'avisant que, sans nouvelle dans ce délai, la Cour statuerait en l'état du dossier.

Par courrier du 24 novembre 2021, l'assuré a déclaré maintenir son recours et ses conclusions, exposant que le taux d'incapacité de travail pour la détermination de la période de carence se confondait pratiquement avec le taux de l'incapacité de gain.

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

**1. a)** La LPGA 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 de l'assurance-invalidité.

**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 28 septembre 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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]). Inversement, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI), l'art. 29<sup>bis</sup> RAI étant toutefois applicable par analogie. Selon cette dernière disposition, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui

suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente celle qui a précédé le premier octroi. L'art. 88a RAI est applicable, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

**4.** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**5. a)** Pour 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, 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 assécurologique. 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 la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**d)** Fondés sur l'art. 59 al. 2<sup>bis</sup> LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu,

sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

**6. a)** En l'espèce, le recourant a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 10 mars 2010, en faisant état de douleurs dorsales.

En 2010, le recourant a d'abord consulté un neurologue, le Dr X.\_\_\_\_\_, dont l'examen n'a toutefois rien révélé de particulier. L'absence d'atteinte neurologique a été confirmée en juin 2010 lors d'une expertise neurologique confiée au Dr S.\_\_\_\_\_. En effet, cet expert a posé des diagnostics qui ne relèvent pas de la neurologie et a conclu qu'aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue du point de vue de sa spécialité, renvoyant à l'avis d'un rhumatologue. À la même époque, le recourant a également été dirigé vers un rhumatologue, le Dr G.\_\_\_\_\_, dont le rapport du 7 juillet 2010 faisait état des diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies et scapulalgies de caractère musculaire dysfonctionnel associées à des céphalées de tension. Ainsi, le Dr G.\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail de 50 % dans l'activité d'imprimeur et a décrit les limitations fonctionnelles. Il a par ailleurs indiqué que, dans une activité adaptée, le recourant pourrait travailler à un taux supérieur. L'expertise confiée au Dr Z.\_\_\_\_\_ a confirmé, le 26 août 2010, que d'un point de vue rhumatologique, le recourant présentait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle d'imprimeur et de 100 % dans une activité adaptée, en mentionnant des limitations fonctionnelles de même nature que le Dr G.\_\_\_\_\_. Sur la base de ces éléments, le SMR a considéré, dans son avis du 26 octobre 2010, que l'assuré présentait une capacité de travail exigible de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr Z.\_\_\_\_\_, la date de début retenue par le SMR étant celle du rapport du Dr G.\_\_\_\_\_. L'éventualité d'une incapacité de travail supplémentaire soulevée par le Dr Z.\_\_\_\_\_, en lien avec une apnée du sommeil dont le recourant présentait les signes anamnestiques, a par ailleurs été écartée par le Dr L.\_\_\_\_\_, qui a confirmé qu'il

s'agissait d'un diagnostic sans effet sur la capacité de travail en septembre 2010.

Par la suite, divers rapports médicaux ont fait état d'un certain ralentissement chez le recourant, tandis que les mesures de réadaptation mise en place se sont soldées par des échecs. Le recourant a été réadressé au neurologue X.\_\_\_\_\_, dont l'examen effectué de mars 2013 n'a toutefois rien montré de probant. L'assuré ayant entretemps repris une activité d'imprimeur à 50 % en novembre 2014, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, incluant la neurologie et la rhumatologie, auprès de la W.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 11 mars 2015, le nouvel expert neurologue a retenu diverses atteintes entrant dans son champ de spécialité, mais sans effet sur la capacité de travail. Quant à l'expert en rhumatologie, son rapport du 11 mars 2015 rejoint largement les constats du Dr Z.\_\_\_\_\_, puisqu'il a également retenu une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible. Les experts de la W.\_\_\_\_\_ ont par ailleurs relevé que, dans son nouvel emploi, le recourant travaillait sur une petite machine qui permettait de respecter ses limitations fonctionnelles et qu'il pourrait donc augmenter progressivement son taux d'activité jusqu'à un rendement complet (cf. p. 15 du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 31 mars 2015). Les observations faites par le Dr C.\_\_\_\_\_ à l'occasion de son expertise de mai 2017 sont entièrement superposables à celles des Drs Z.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_. Etant encore relevé que les objections du Dr K.\_\_\_\_\_ sur les résultats de l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ concernaient uniquement les suites de l'accident au pied survenu en juillet 2016 et que le Dr X.\_\_\_\_\_ a confirmé, dans son rapport du 6 septembre 2017, l'absence de pathologie d'origine neurologique pouvant expliquer les douleurs dorsales, il apparaît que l'ensemble des médecins qui se sont penchés sur le recourant sont unanimes pour dire que les douleurs dorsales de l'assuré sont d'origine rhumatologique et qu'elles entraînent une incapacité de travail de 50 % dans l'ancienne activité d'imprimeur sur machine offset, mais qu'il subsiste une capacité de travail de 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Le recourant ne remet pas véritablement en cause ces constats, étant au demeurant

relevé que toutes les expertises rhumatologiques et neurologiques effectuées en 2010, 2015 et 2017 remplissent l'ensemble des réquisits de la jurisprudence, dès lors qu'elles se fondent sur des examens complets, que les experts ont pris en considération les plaintes exprimées par le recourant, qu'ils ont eu connaissance de l'ensemble du dossier, qu'ils ont décrit le contexte médical, présenté leur appréciation de la situation médicale de manière claire et motivé leurs conclusions. S'agissant de la date à partir de laquelle la capacité de travail prend effet, il y a lieu de relever que les experts de la W.\_\_\_\_\_ ne se sont pas prononcés avec précision, se limitant à confirmer les constats du Dr Z.\_\_\_\_\_. Dans son expertise, ce dernier n'a pas non plus précisé de date. Il a cependant constaté que le recourant avait interrompu son travail fin septembre 2009, qu'il avait tenté une reprise en décembre 2009 puis qu'il avait œuvré au taux de 50 % dès le 25 janvier 2010 jusqu'à son licenciement à fin septembre 2010. La date du 25 janvier 2010 reprise par le SMR dans son avis du 26 octobre 2010, peut donc être confirmée.

**b)** Sur le plan psychique, la Dre V.\_\_\_\_\_ a mentionné, dans son rapport du 24 avril 2010, que le recourant présentait un état anxieux, mais a classé cette information en tant que diagnostic sans effet sur la capacité de travail. Elle a ensuite écrit, le 13 mai 2012, que l'état anxieux était accompagné d'épisodes de panique et qu'il avait un effet sur la capacité de travail. Elle a également évoqué un « état dépressif larvé » et indiqué que son patient présentait de la fatigue, un épuisement et un sentiment d'injustice vis-à-vis de la maladie. Elle mentionnait comme nouvelle limitation fonctionnelle, « éviter l'état de stress et les événements imprévisibles en raison de sa fragilité psychique ». L'intéressé avait toutefois refusé un soutien psychologique. Puis, le 5 septembre 2012, la Dre V.\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles étaient uniquement d'ordre somatique.

Cependant, le recourant a consulté la Dre D.\_\_\_\_\_, laquelle a attesté d'une incapacité de travail de 50 % dès le 14 septembre 2012, date du début du suivi. Dans son rapport du 16 novembre 2012, cette

spécialiste a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), trouble de la personnalité à traits mixtes du registre psychotique (F61) et de probable atteinte neuropsychologique d'origine indéterminée (F06) décompensé depuis une année. Elle a décrit des limitations fonctionnelles et confirmé que la capacité de travail dans l'activité d'imprimeur était de 50 %, mais avec des adaptations au niveau des charges et des responsabilités et en précisant que la reconnaissance d'une incapacité de travail définitive et des mesures d'adaptation pour le 50 % restant « pourraient être très bénéfiques » pour son patient. L'anamnèse faisait ressortir plusieurs épisodes dépressifs d'intensité moyenne dans le passé et des épisodes sévères depuis trois ans. Le status psychiatrique était décrit comme suit :

« Patient ralenti, triste, plaintif et changeant souvent sa position en raison de douleurs. Notons quelques troubles attentionnels et des troubles de la pensée sous forme d'associations très relâchées et un contenu marqué par des idées de suicide, angoisse de mort, peur d'une agressivité destructrice à l'égard de l'autre, ruminations à thèmes pessimistes. Dans les moments les plus confrontant de l'entretien le patient devient fébrile, agité, se montre méfiant, interprétatif et manifeste très clairement sa colère ou révolte. La conscience de la maladie est suffisamment bonne. Quelques idées de ruine (y compris corporelle) et idées de persécution. »

La Dre D. \_\_\_\_\_ précisait que l'état était stable, mais que l'évolution chronique avait « déjà entraîné un déficit stable ». Elle avait mis en place un traitement psychiatrique intégré, comprenant un soutien psychologique et une médication comprenant un antidépresseur et un neuroleptique. Elle a par la suite réadressé le recourant au Dr X. \_\_\_\_\_ pour un bilan neurologique. Dans son rapport du 12 février 2013, ce dernier a décrit un patient très ralenti, fortement déprimé, apathique, qui présentait « des troubles mnésiques certains », ceux-ci pouvant toutefois être « faussement aggravés par l'état dépressif ». Un nouvel examen neurologique passé un mois plus tard confirmait que l'apathie et le ralentissement observés étaient essentiellement en lien avec la problématique psychique. Entre-temps, la Dre D. \_\_\_\_\_ a précisé le 19 février 2013 que son patient présentait une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle, respectivement une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles

tant physiques que psychiques. Elle a confirmé les diagnostics posés dans son premier rapport, en exposant que c'était l'anamnèse du patient qui avait servi de guide, anamnèse tenue pour authentique dans la mesure où l'humeur avait été congruente au discours, sans contradiction d'une séance à l'autre, avec un patient collaborant malgré sa méfiance de base et son grand besoin d'être rassuré. Elle ajoutait que les troubles du recourant avaient évolué jusqu'à présent à bas bruit grâce à la grande tolérance de sa famille, laquelle représentait encore maintenant un facteur important de stabilité. Le status était superposable à celui présenté précédemment. Le suivi mis en place se poursuivait, le traitement médicamenteux étant complété par la prescription d'un antipsychotique. Puis, le 30 avril 2014, la Dre D. \_\_\_\_\_ a fait part de ses inquiétudes en raison d'importantes fluctuations au niveau clinique, avec la réapparition chez son patient d'idées suicidaires scénarisées et de menaces hétéro-agressives, rendant nécessaire de nouvelles mesures thérapeutiques. Elle n'a toutefois pas modifié son appréciation de la capacité de travail et en septembre 2014, elle a indiqué que la situation s'était stabilisée.

L'expert psychiatre de la W. \_\_\_\_\_ a constaté, dans son rapport du 12 mars 2015, que le recourant avait cessé l'antidépresseur dans le courant de l'année 2014 et qu'il lui restait le neuroleptique, prescrit à dose modeste pour son effet sédatif, qu'il prenait rarement. L'intéressé disait aller mieux, surtout depuis qu'il avait retrouvé un travail, en novembre 2014. L'expert a établi une anamnèse complète et procédé à divers tests. A l'examen clinique, il a noté notamment que l'assuré se rendait à son travail chaque jour ouvrable en voiture, qu'il n'utilisait pas l'ascenseur pour entretenir sa santé, qu'il ne décrivait aucun retrait social et avait des contacts réguliers avec sa famille, en Suisse ou dans son pays d'origine. En outre, l'expert a constaté que la pensée du recourant était fluide, moyennement rapide et bien structurée. Il n'y avait pas de trouble ni de diminution de l'attention ou de la concentration, pas de fatigabilité mentale pathologique ni ralentissement de la pensée ou psychomoteur. La mémoire était normale, les ruminations mentales intrusives portant sur des soucis pour son futur ou sa santé ne duraient pas longtemps et ne le

dérangeaient pas au travail, où il ne subissait pas de forte pression de rendement. L'expert a ainsi examiné les différentes ressources dont disposait le recourant à ce moment-là. Le diagnostic est par ailleurs étayé, en particulier s'agissant des raisons pour lesquelles il retient que le trouble dépressif était moyen à sévère et qu'il était en rémission complète au moment de l'expertise. Le SMR a cependant émis certains doutes quant à l'appréciation rétroactive de l'incapacité de travail par l'expert, en regard notamment de la médication prescrite par la psychiatre traitante entre 2012 et 2014, alors que l'expert estimait que l'épisode dépressif n'avait plus d'impact sur la capacité de travail à partir du 20 février 2013, correspondant au lendemain du rapport de la Dre D. \_\_\_\_\_ indiquant que l'état était stabilisé. Le SMR a sollicité un complément sur ce point, qui ne l'a pas convaincu dès lors que la chronologie établie par l'expert ne se fondait pas sur les rapports de la Dre D. \_\_\_\_\_, mais sur l'expérience et la littérature en matière d'épisode dépressif, ainsi que sur « [sa] conviction » personnelle, en notant qu'il était usuel de maintenir une prescription d'antidépresseur durant plusieurs mois après l'amélioration de l'état de santé. Le SMR a recommandé de s'écarter des conclusions de l'expert s'agissant de la période d'incapacité de travail de 50 % pour des motifs psychiques en relevant, d'une part, que la psychiatre traitante avait maintenu l'incapacité de travail à 50 % et signalé une aggravation en avril 2014. D'autre part, le neurologue consulté en mars 2013 avait décrit un patient apathique, déprimé et ralenti, ce qui cadrerait avec un épisode dépressif « au moins moyen ». Ainsi, en regard des rapports des médecins traitants et du rapport d'expertise, le SMR a conclu que, de sévère entre mai et septembre 2012, l'épisode dépressif subi par le recourant était resté moyen durant encore de nombreux mois, jusqu'à ce que l'expert constate une rémission complète. Cette évolution justifiait, selon le SMR, de retenir une incapacité de travail totale du 13 mai au 14 septembre 2012, puis une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée du 15 septembre 2012 au 12 mars 2015, date de l'expertise, puis à nouveau de 100 % dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles d'ordre somatique listées dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 31 mars 2015.

L'intimé a préféré s'en tenir aux conclusions de l'expert psychiatre de la W.\_\_\_\_\_, pour les motifs développés dans son avis juridique du 4 septembre 2017. Cet avis ne convainc pas. Le service juridique de l'intimé voit dans l'avis du SMR l'expression d'un avis divergeant à propos d'un même état de fait, motivé seulement par l'absence de prise de contact entre l'expert et la psychiatre traitante, alors qu'il suit l'avis de l'expert sur la rémission de l'état dépressif dès mars 2015 et réfute l'appréciation de la Dre D.\_\_\_\_\_ lorsque celle-ci signale une aggravation en septembre 2015. Cependant, le SMR s'est fondé sur l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier pour conclure que l'épisode dépressif a encore eu des conséquences importantes sur la capacité de travail du recourant au-delà de février 2013, en particulier au regard de la médication prescrite. Or, contrairement à ce qu'ont écrit les experts dans leur complément du 6 juin 2015, en février 2013, le traitement ne comportait pas uniquement un antidépresseur destiné à stabiliser la guérison, mais toujours la combinaison de l'antidépresseur avec un neuroleptique et un antipsychotique. L'appréciation de la situation par le SMR ne fait aucunement appel à la seule conviction de son auteur et inclus l'avis d'un de ses psychiatres. Il convient par conséquent de s'y tenir, s'agissant de la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique jusqu'à mars 2015.

S'agissant de l'évolution de l'état de santé psychique du recourant postérieurement à l'expertise de la W.\_\_\_\_\_, il y a lieu de relever que les remarques du service juridique de l'intimé quant au fait que le SMR a suivi les rapports de la psychiatre traitante pour contrer l'expertise, pour ensuite s'en détacher en considérant que l'aggravation signalée le 12 octobre 2015 était réactionnelle, est par trop schématique. Le signalement de la Dre D.\_\_\_\_\_ intervenait peu de temps après un incident lors d'un entretien entre le recourant et un collaborateur de l'intimé, au cours duquel le recourant s'était montré menaçant et agressif verbalement en faisant part de son incompréhension à propos des résultats de l'expertise psychiatrique. Toutefois, malgré l'aggravation alléguée, la Dre D.\_\_\_\_\_ a maintenu son avis quant à la capacité de travail du recourant et n'a pas mentionné que le traitement aurait été

modifié. Par ailleurs, cette spécialiste ne s'est pas prononcée sur le contenu ou les conclusions de l'expertise psychiatrique, ni sur l'avis du SMR, alors qu'elle a eu la possibilité d'en prendre connaissance. Pour sa part, le médecin généraliste traitant a établi un rapport le 9 décembre 2015, en référence à un contrôle du 4 novembre 2015, allant dans le même sens que la psychiatre traitante mais en évoquant expressément une aggravation temporaire depuis l'entretien auprès de l'OAI. Ainsi, lorsqu'il évoque une aggravation temporaire en réaction aux résultats de l'expertise psychiatrique dans son avis du 27 mai 2016, le SMR se fonde sur les éléments médicaux figurant au dossier et ne contredit en rien son appréciation du 30 juin 2015. Dans la mesure où la psychiatre traitante maintenait que la capacité de travail était de 50 % alors que l'expert avait affirmé qu'elle était de 100 % depuis mars 2015, le SMR était fondé à suggérer d'instruire plus avant pour faire la part entre la situation objective du recourant et une éventuelle prise de position empathique de la psychiatre traitante, ce que l'intimé n'a pas fait. Cela étant, l'évolution ultérieure montre que la problématique psychique n'a, comme l'a retenu le SMR, plus eu d'influence particulière sur la capacité de travail du recourant dès mars 2015 et que l'aggravation signalée par les Drs D.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ en octobre et décembre 2015 était passagère. En effet, à une date qui n'est pas déterminée, le recourant a cessé de consulter la Dre D.\_\_\_\_\_, son rapport du 12 octobre 2015 étant le dernier qu'elle a adressé à l'OAI. Quant au Dr K.\_\_\_\_\_, il a indiqué expressément, dans un rapport du 15 juin 2017 à l'assurance-accidents, que lors de ses consultations, régulières, le recourant était calme, coopératif et « sans problème psychiatrique évident », ajoutant que son patient avait déclaré qu'il « arriv[ait] mieux à maîtriser » son état anxio-dépressif.

Puis, le nouveau psychiatre traitant, consulté dès avril 2019 mais qui n'a établi de rapport qu'en mars 2020, n'a donné aucun élément anamnestique et ne s'est pas prononcé sur l'évolution de l'état de son patient avant le début de son suivi. Par conséquent, pour la période de décembre 2015 à avril 2019, seul le Dr X.\_\_\_\_\_ évoque, le 6 septembre 2017, un patient au faciès fortement déprimé, apathique et nécessitant un

nouveau soutien psychothérapeutique. Or, en l'absence de tout autre signalement sur la même période, alors que l'assuré a régulièrement vu son médecin généraliste traitant ainsi que divers spécialistes pour les douleurs à la cheville en lien avec son accident, les remarques du Dr X.\_\_\_\_\_ apparaissent comme la description d'un état passager, qui intervient du reste peu après la notification par l'assurance-accidents d'une décision mettant fin au versement de ses prestations au 31 juillet 2017. Pour les mêmes motifs, le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 6 mars 2020 évoquant une aggravation de l'état psychique depuis mars 2015 vers un état dépressif « plus sévère » est dépourvu de toute valeur probante. Au demeurant, ce dernier rapport surprend par l'absence de constats d'ordre médicaux susceptibles d'objectiver une aggravation qualifiée de sévère sur une durée de quatre ans, alors qu'il n'y a eu ni suivi psychiatrique ni mention de la situation dans les précédents rapports. Il faut dès lors admettre qu'une nouvelle expertise psychiatrique ordonnée aujourd'hui n'apporterait aucune plus-value, l'expert ne pouvant se fonder sur aucun renseignement d'ordre médical pour les années 2015 à 2019. Enfin, s'il a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, dans son rapport du 12 mars 2020, le Dr B.\_\_\_\_\_ a précisé que la symptomatologie était d'intensité légère à modérée et qu'elle était restée stable depuis le début du suivi, soit sur environ une année. Il a fixé la capacité de travail à 70 % avec un plein rendement, sans motiver ce point alors que la question posée demandait expressément la description des adaptations nécessaires sur le plan psychiatrique. Dans ces conditions, ce rapport permet uniquement de retenir que l'état de santé du recourant sur le plan psychiatrique est resté stationnaire entre 2019 et 2020.

**c)** L'accident subi par le recourant le 6 juillet 2016 a entraîné une fracture de la grande apophyse du calcanéum du pied gauche, justifiant une incapacité totale de travail. L'assurance-accidents s'est fondée sur l'expertise orthopédique du Dr C.\_\_\_\_\_ du 23 mai 2017 pour déterminer que l'évolution avait été favorable et que le recourant avait récupéré une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle. A ce propos, l'expert a constaté que des facteurs non-organiques avaient joué un rôle prépondérant dans l'évolution de la fracture et qu'il ne subsistait

aucune limitation fonctionnelle en lien avec cet accident. Les objections soulevées à l'encontre de cette expertise par le Dr K. \_\_\_\_\_ le 15 juin 2017 ne sont pas fondées sur des observations médicales objectives, puisqu'il s'agit uniquement de la retranscription des plaintes et impressions du recourant, ce qui n'est pas relevant. Il en va de même des « impressions » du Dr T. \_\_\_\_\_, mentionnées dans son rapport du 19 septembre 2017, ce médecin ne posant aucun diagnostic formel ni ne déterminant de limitations fonctionnelles. Enfin, le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 2 octobre 2017 s'avère également peu étayé par des arguments objectifs et ne donne aucun élément quant à une éventuelle incapacité de travail ou à des limitations fonctionnelles liées au diagnostic posé. L'expertise neurologique mise en œuvre ensuite par l'assurance-accidents a conclu à l'absence de troubles neurologiques au pied et n'a retenu aucune incapacité de travail ni limitation fonctionnelle sur ce plan.

Les deux expertises mises en œuvre par l'assurance-accidents remplissent les exigences posées par la jurisprudence, contrairement aux rapports des Drs T. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_. Il convient dès lors de leur reconnaître une pleine valeur probante et de retenir que l'accident du 6 juillet 2016 a entraîné une incapacité de travail temporaire qui a pris fin le 18 mai 2017, date à laquelle le Dr C. \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré.

**d)** Ainsi, il apparaît que le recourant présente durablement une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle d'imprimeur et de 100 % dans une activité adaptée dès janvier 2010 en raison d'atteintes de nature rhumatologiques au niveau du dos. Une atteinte d'ordre psychique a entraîné une incapacité de travail temporaire dans toute activité, de 100 % du 13 mai 2012 au 14 septembre 2012 puis de 50 % du 15 septembre 2012 au 13 mars 2015. En outre, l'accident survenu le 6 juillet 2017 a entraîné une nouvelle incapacité de travail temporaire de 100 % dans toute activité du 6 juillet 2016 au 18 mai 2017. Il convient dès lors d'examiner les degrés et périodes d'invalidité retenus par l'intimé, également contestés par le recourant.

**7.** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA ; cf. consid. 3b ci-dessus).

**a)** Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (cf. TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**b)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 ; 129 V 472 consid. 4.2.1).

**aa)** Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C\_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les

entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

**bb)** La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). En effet, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui ne doit être revue que s'il a été exercé de manière contraire au droit, relevant de l'excès positif ou négatif de ce pouvoir d'appréciation ou d'un abus de celui-ci, notamment si des critères inappropriés ont été retenus, si des circonstances pertinentes n'ont pas été prises en compte, si un examen complet des circonstances n'a pas été fait ou s'il n'a pas été fait usage de critères objectifs (TF 9C\_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1).

**cc)** La jurisprudence considère cependant que, dans l'ESS, le niveau de qualification correspondant aux activités simples et répétitives dans les secteurs de la production et des services recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. En conséquence, il s'applique en principe à tous les

assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers, de sorte que ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que les intéressés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides (cf. TF 9C\_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et les références citées ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3). Par ailleurs, est seule déterminante la question de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui. Il n'y a pas lieu d'examiner si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3).

**c)** Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C\_104/2009 du 31 décembre 2009 consid. 5.2).

**8. a)** En l'espèce, le délai de carence d'une année de l'art. 28 al. 1 LAI est arrivé à échéance en janvier 2011. Il convient par conséquent de déterminer le degré d'invalidité applicable à cette date.

L'intimé a calculé le degré d'invalidité en prenant comme revenu sans invalidité (RS) la moyenne des revenus soumis à cotisation enregistrés durant les années 2004 à 2008, en raison de montants annuels fluctuants. Le recourant ne conteste pas ce mode de faire, qui peut être validé. S'agissant de l'indexation, il ne se justifie pas, comme le requiert le recourant, de procéder à une indexation dès 2006, dans la

mesure où il s'agit de salaires qui sont réputés tenir compte des indexations perçues pour chaque année de la période considérée. La moyenne des revenus pour la période 2004 à 2008 permettant de déterminer le revenu sans invalidité valable au moment du dépôt de la demande de prestations, en 2010, elle doit uniquement être indexée à 2011. A cet égard, il y a lieu de corriger une erreur dans le calcul de l'intimé. En effet, celui-ci aurait dû appliquer un taux de 0.7 %, correspondant à la variation des salaires réels pour les hommes de 2010 à 2011 (cf. tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, publié sur le site internet de l'Office fédéral de la statistique ; TF 8C\_661/2018 du 28 octobre 2019 consid. 3.3.4.1). Corrigé d'office, le revenu sans invalidité s'élève à 87'107 fr. 11 en 2011.

Pour le revenu avec invalidité (RI), l'intimé a utilisé le tableau TA1 de l'ESS 2010, niveau de compétence correspondant aux activités simples et répétitives pour les hommes, adapté à la durée usuelle du temps de travail dans les entreprises en 2011 (41.7 heures) et indexé à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2011 (1 %), sur lequel il a appliqué un abattement supplémentaire de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Ce calcul, qui n'est pas critiqué par le recourant, peut être confirmé, soit un revenu avec invalidité de 58'828 fr. 39. Comparé au revenu sans invalidité déterminé ci-dessus, la perte de gain s'élève à  $(87'107 \text{ fr. } 11 - 58'828 \text{ fr. } 39 =) 28'278 \text{ fr. } 72$  et le degré d'invalidité à 32.46 %, ce qui n'ouvre pas de droit à une rente.

**b)** Une péjoration de l'état de santé dès le 13 mai 2012 a été retenue ci-dessus, en raison d'un épisode dépressif sévère ayant entraîné une incapacité de travail de 100 % dans toute activité. Cette situation ayant perduré plus de trois mois, l'art. 88a al. 2 est applicable. L'art. 29<sup>bis</sup> RAI également, dès lors que l'épisode dépressif s'inscrit dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent existant depuis de nombreuses années. La fragilité psychique a d'ailleurs été signalée par la médecin généraliste traitante, en avril 2010 déjà. Il n'y a donc pas lieu, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé dans sa décision, de calculer un nouveau délai de carence

d'une année. L'effet de cette péjoration sur le droit à la rente, en l'occurrence une rente entière du fait de l'incapacité de travail totale, débute trois mois après sa survenance, soit dès le 1<sup>er</sup> septembre 2012.

Une amélioration sensible et durable a été retenue dès le 14 septembre 2012, une capacité de travail de 50 % dans toute activité ayant été reconnue jusqu'au 13 mars 2015. Cette amélioration étant susceptible d'avoir un effet sur le droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013, il convient de procéder à un nouveau calcul du degré d'invalidité à cette dernière date. En l'occurrence, le revenu sans invalidité déterminé pour 2011 (87'107 fr. 11), doit être indexé, selon l'évolution des salaires réels des hommes, successivement à 2012 (1,5 %) et à 2013 (1 %), soit 89'297 fr. 85. Quant au revenu avec invalidité, il s'agit de se référer au tableau TA1\_skill level de l'ESS 2012, niveau de qualification correspondant aux tâches physiques ou manuelles simples pour les hommes, soit 5'210 fr. par mois, respectivement 62'520 fr. par an, adapté à la durée usuelle du temps de travail dans les entreprises en 2013 (41.7 heures) et indexé à 2013 (0,8 % pour les hommes). Compte tenu d'un taux d'activité de 50 % et d'un abattement supplémentaire de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, le revenu avec invalidité s'établit à 31'206 fr. 80. La comparaison des deux revenus ainsi déterminés révèle une perte de gain de 58'091 fr. 06, soit un degré d'invalidité de 65.05 % qui ouvre le droit à trois-quarts de rente.

L'atteinte d'ordre psychiatrique a cessé d'influer sur la capacité de travail à compter du 13 mars 2015, le recourant ayant alors recouvré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Par conséquent, il y a lieu de calculer le degré d'invalidité valable à cette dernière date. Le revenu sans invalidité déterminé pour 2013 (89'297 fr. 85) doit donc être indexé, selon l'évolution des salaires réels des hommes, successivement à 2014 (0.7 %) et à 2015 (1.5 %), soit 91'271 fr. 78. Quant au revenu avec invalidité, il s'agit de se référer au tableau TA1\_skill level de l'ESS 2014, niveau de qualification correspondant aux tâches physiques ou manuelles simples pour les hommes, soit 5'312 fr. par mois ou 63'744 fr. par an, adapté à la durée usuelle du temps de travail dans les

entreprises en 2015 (41.7 heures) et indexé à 2015 (0.3 % pour les hommes), avec un abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Le revenu avec invalidité s'établit donc à 63'319 fr. 86. Sur cette base, la perte de gain est de 27'951 fr. 92, soit un degré d'invalidité de 30.62 % qui n'ouvre plus de droit à une rente. Le droit aux trois-quarts de rente prend donc fin trois mois après la diminution du taux d'invalidité, soit le 30 juin 2015.

**c)** L'accident du 6 juillet 2016 a entraîné une incapacité de travail totale jusqu'au 18 mai 2017 et donc un degré d'invalidité de 100 %. Toutefois, l'atteinte à la santé n'étant pas de même origine que celle qui a pris fin en mars 2015, l'art. 29<sup>bis</sup> RAI n'est pas applicable et un nouveau délai de carence doit être calculé conformément à l'art. 28 al. 1 LAI. A cet égard, l'intimé ne peut être suivi lorsqu'il procède à un calcul d'invalidité moyenne sur une année. D'une part, la notion d'invalidité moyenne est dépourvue de base légale (cf. AI 29/20 - 337/2020 du 5 octobre 2020 consid. 5). D'autre part, la notion d'incapacité de travail moyenne de l'art. 28 al. 1 let. b LAI pour calculer le délai de carence d'une année, et donc la date de l'ouverture du droit à la rente, s'applique uniquement en considération d'une même atteinte à la santé dont l'effet sur la capacité de travail aurait évolué dans le temps. En l'occurrence, l'atteinte au pied a entraîné une incapacité de travail de 100 % dans toute activité dès le 6 juillet 2016, mais pour une durée inférieure à une année. Ainsi, à l'échéance de cette année de carence, le 6 juillet 2017, seule l'atteinte rhumatologique connue de longue date exerçait encore une influence sur la capacité de travail. A cette date, le revenu sans invalidité déterminé en 2017 (91'271 fr. 78) indexé selon l'évolution des salaires réels des hommes successivement à 2016 (1.0 %) et à 2017 (-0.1 %), est de 92'092 fr. 31. Quant au revenu avec invalidité, il s'agit de se référer au tableau TA1\_skill level de l'ESS 2016, niveau de qualification correspondant aux tâches physiques ou manuelles simples pour les hommes, soit 5'340 fr. par mois ou 64'080 fr. par an, adapté à la durée usuelle du temps de travail dans les entreprises en 2017 (41.7 heures) et indexé à 2017 (0.4 % pour les hommes). Avec un abattement supplémentaire porté à 10 % pour tenir compte, comme l'a retenu

l'intimé, de l'âge et des limitations fonctionnelles, le revenu avec invalidité s'établit à 60'363 fr. 55. Avec ces chiffres, la perte de gain est de 31'728 fr. 76, soit un degré d'invalidité de 34.45 % qui n'ouvre pas de droit à une rente.

**9.** A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire afin de déterminer l'évolution de son état de santé psychique depuis l'expertise pluridisciplinaire établie en mars 2015.

A cet égard, et comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une telle expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à cette requête du recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

**10. a)** En définitive, compte tenu des correctifs apportés au raisonnement tenu par l'intimé, la Cour constate que le recourant a droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2012, puis à trois-quarts de rente du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 30 juin 2015. Ce résultat s'avère favorable au recourant, quand bien même ses conclusions ne sont pas entièrement suivies. Le recours doit par conséquent être partiellement admis et la décision litigieuse réformée dans le sens précité.

**b)** 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

600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. En effet, même si le recourant n'obtient que partiellement gain de cause, le recours se justifiait dans son principe et aurait amené à la réforme de la décision dans la mesure où l'intimé s'est fondé de manière erronée sur une notion d'invalidité moyenne dépourvue de base légale.

**c)** Pour les mêmes motifs, la partie recourante a droit à une pleine indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 28 septembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que E.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2012, puis à trois-quarts de rente du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 30 juin 2015.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à E.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Alexandre Guyaz (pour E.\_\_\_\_\_),
- 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 :