

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 août 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 17 et 43 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, sans formation, travaillait en tant qu'aide cuisine à plein temps pour le compte de l'Institution [...] depuis le 1^{er} février 2001.

Le 21 août 2015, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant souffrir d'un épisode dépressif sévère et avoir été en incapacité de travail à 100 % depuis le 10 mars 2015 puis à 60 % dès le 13 juillet 2015.

Dans un rapport du 21 septembre 2015 à l'OAI, le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, ainsi que d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique sans effet sur la capacité de travail. L'activité d'aide de cuisine était encore exigible à raison de 40 à 50 %. Une amélioration de la capacité de travail à 50 % pouvait être attendue, dans un environnement de travail peu stressant.

Sollicité pour avis, le Dr G._____, médecin au Service médical régional AI (ci-après : le SMR), a préconisé la réalisation d'une expertise psychiatrique ou d'un examen clinique SMR en psychiatrie, afin de déterminer l'atteinte actuelle de l'assuré, ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée (avis du 10 novembre 2015).

Le 30 mars 2017, l'OAI a mis en œuvre une expertise et l'a confiée au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin a rendu son rapport le 3 juillet 2017, au terme duquel il a posé les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif récurrent avec syndrome somatique de mars 2015 à mars 2017 (F33.11), puis de symptomatologie dépressive légère depuis le 1^{er} avril 2017 (F33.0). Il a également posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de difficultés liées à

l'emploi et au chômage (Z56) et de modification traumatique de la personnalité à la suite d'une expérience de catastrophe (guerre durant l'enfance) actuellement non décompensée (F62.0). L'expert a constaté que, du mois de mars 2015 au mois de mars 2017, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 50 %, sans baisse de rendement, dans son dernier emploi qui était adapté d'un point de vue psychiatrique. Durant cette période, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : troubles de la concentration modérés, difficultés d'organisation et de planification des tâches, agitation psychomotrice ou ralentissement psychomoteur modéré, idées suicidaires récurrentes, isolement social important, importante instabilité émotionnelle et aboulie partielle. Depuis le 1^{er} avril 2017, la capacité de travail de l'assuré était entière, dans toute activité adaptée à son niveau de compétences, avec une baisse de rendement de 30 % en raison d'un épisode dépressif léger avec des limitations fonctionnelles peu importantes mais existantes. Il s'agissait de limitations essentiellement subjectives se manifestant sous forme de fatigue sans ralentissement psychomoteur, de troubles de la concentration subjectifs, d'isolement social très partiel et d'intolérance à la frustration.

Par communication du 13 février 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré une aide au placement.

Dans un rapport du 19 février 2018 à l'OAI, le Dr H._____ a indiqué que la situation de l'assuré s'était encore détériorée en raison d'un conflit avec sa famille, engendrant une incapacité de travail totale. L'intéressé était un homme déprimé, épuisé et à bout de ressources.

L'OAI a sollicité l'avis du Dr W._____, médecin au SMR, qui a relevé que les conclusions de l'expert n'étaient pas remises en cause par les informations succinctes transmises par le psychiatre traitant, lesquelles ne semblaient pas traduire une aggravation ou un état réactionnel à des problèmes familiaux d'une ampleur suffisante. Le Dr W._____ a préconisé de suivre les conclusions du rapport d'expertise (avis du 10 avril 2018).

Par projet de décision du 1^{er} juin 2018, l'OAI a accordé à l'assuré une demi-rente d'invalidité durant une période limitée, soit du 1^{er} mars 2016 au 30 juin 2017. Il a constaté que depuis le 10 mars 2015, début du délai de carence d'un an, la capacité de gain de l'intéressé était considérablement restreinte. A l'échéance dudit délai, l'assuré présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 50 % dans toute activité. Depuis le 1^{er} avril 2017, l'état de santé de l'intéressé s'était amélioré et il présentait désormais une capacité de travail raisonnablement exigible de 70 % dans toute activité. Le droit à la rente prenait ainsi fin au 30 juin 2017, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé, dès lors que le degré d'invalidité obtenu après la comparaison du revenu de valide (61'537 fr.) avec le revenu d'invalidé (44'877 fr. 65) s'élevait à 27 % et était inférieur au seuil légal de 40 %.

L'assuré, désormais représenté par Procap, a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision le 10 septembre 2018. Il a joint à celles-ci un rapport du 20 août 2018 du Dr H._____, selon lequel il présentait un état dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et des troubles douloureux somatoformes persistants (F45.4). Le conflit conjugal ayant mené à une séparation de l'assuré et de son épouse et la réaction négative de la part des enfants avait provoqué une péjoration de son état de santé. La capacité de travail était actuellement nulle et « ceci depuis fin 2017 voir avant ». L'assuré était très fatigué, prostré, avec des difficultés pour sortir, même pour se promener. Ses difficultés de mémoire et de concentration empêchaient toute activité, même occupationnelle.

Dans un avis du 14 novembre 2018, le Dr W._____ du SMR a estimé qu'il ne disposait pas d'éléments nouveaux permettant de modifier les propositions émises dans le précédent avis du SMR, les arguments apportés par le psychiatre traitant relevant d'une différence d'appréciation.

Le 23 novembre 2018, l'assuré a adressé à l'OAI un rapport de radiographie de la colonne lombaire et du thorax du 5 septembre 2018. Le Dr Z._____, spécialiste en radiologie, y faisait état d'une image cardio-

pulmonaire dans les limites de la norme, d'un début de discopathie multi-étagée de la colonne lombaire et d'une bascule du bassin de 15 mm à droite sans trouble statique de la colonne lombaire.

Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne lombaire réalisée le 11 janvier 2019 a mis en évidence des discopathies lombaires étagées, prédominant en L3-L4 et L5-S1, associées à ces deux niveaux à de petits foyers d'extrusion focale du matériel discal susceptibles, en L5-S1, d'entrer en conflit avec les deux racines S1 à leur émergence du sac thécal (rapport du 11 janvier 2019 du Dr F._____, spécialiste en radiologie).

Dans un avis du 20 mars 2019, le Dr W._____ du SMR a relevé que la discopathie était une nouvelle atteinte qui, bien qu'elle ne semble pas grandement avancée, était susceptible de créer un conflit radiculaire pouvant potentiellement engendrer des limitations fonctionnelles supplémentaires. Afin d'obtenir de plus amples informations sur les conséquences fonctionnelles de cette atteinte, le Dr W._____ a suggéré d'interpeller le médecin traitant de l'assuré.

En réponse à un questionnaire complété le 12 avril 2019, le Dr Q._____, médecin praticien et nouveau médecin traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de lombalgies chroniques présent depuis 2018. La capacité de travail dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée était de 50 % depuis le 26 mars 2019, en raison des lombalgies. L'assuré devait éviter le port de charges supérieures à 10 kg et ne pas travailler accroupi ou à genoux.

Le 3 mai 2019, le Dr Q._____ a à nouveau adressé à l'OAI le questionnaire qu'il avait complété le 12 avril 2019, ajoutant notamment le diagnostic d'omalgies droites et de cervicalgies en cours d'investigation et modifiant le taux de capacité de travail à 20 % depuis le 26 mars 2019 au niveau somatique, dans toutes activités.

Une IRM de l'épaule droite, réalisée le 3 mai 2019, a mis en évidence de discrètes altérations de signal des fibres superficielles de la région péri insertionnelle distale du tendon du muscle sus-épineux, des fibres horizontales distales du tendon du long chef du biceps ainsi que des fibres supérieures du tendon du muscle sous-épineux, témoignant de tendinopathie de ces derniers, sans déchirure. Elle a encore révélé l'absence de lésion significative de l'articulation gléno-humérale, un remaniement post-traumatique claviculaire distal, un discret remaniement biomécanique peu actif de part et d'autre de l'articulation acromio-claviculaire, une orientation oblique et une morphologie de type Bigliani II de l'acromion sans bursite (rapport du 3 mai 2019 du Dr F._____).

Une IRM de la colonne cervicale effectuée le même jour a quant à elle notamment révélé des discopathies et des altérations dégénératives osseuses à l'origine d'une sténose modérée des trous de conjugaison C3-C4 et C5-C6 et d'une possible irritation des racines nerveuses C4 droites, C5 et C6 bilatéralement dans leur trajet intraforaminal (rapport du 3 mai 2019 du Dr F._____).

Dans un rapport du 8 mai 2019, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif chronique, suivi à sa demande par le Dr H._____, et de lombo-sciatalgie gauche non déficitaire depuis 2018. Le Dr S._____ a précisé que la capacité de travail dans une activité adaptée lui était inconnue et a renvoyé au Dr H._____ s'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle. Le Dr S._____ ne suivait plus l'assuré depuis le mois de mars 2019, le patient ayant alors décidé de changer de médecin traitant.

Par avis du 28 juin 2019, le Dr W._____ du SMR a recommandé d'interpeler à nouveau le Dr Q._____ au vu de la nouvelle atteinte cervicale annoncée mais également en raison d'incohérences relevées dans ses rapports concernant l'évaluation de la capacité de travail.

Dans un questionnaire complété le 28 octobre 2019, le Dr Q._____ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était stable depuis son dernier rapport. S'agissant des différentes évaluations de la capacité de travail, il fallait retenir une capacité de travail de 20 %.

En annexe au questionnaire, le Dr Q._____ a produit un rapport établi le 10 octobre 2019 par les Drs K._____ et B._____, spécialistes en médecine physique et réadaptation, aux termes duquel l'assuré présentait des douleurs musculo squelettiques diffuses, avec un bilan radiologique globalement rassurant. Les médecins proposaient la mise en place d'un traitement de physiothérapie ambulatoire active basée sur des exercices de reconditionnement global ainsi que la poursuite du suivi psychiatrique afin de l'aider à gérer la douleur.

Sollicité pour avis, le Dr W._____ du SMR a constaté, le 7 novembre 2019, que le SMR avait précédemment retenu une capacité de travail de 50 % du 10 mars 2015 au 31 mars 2017, puis de 70 % dès le 1^{er} avril 2017 dans toutes activités. Une tendinopathie de l'épaule avait ensuite été mise en évidence au mois de mars 2019. Le Dr W._____ a ainsi proposé de modifier la décision de l'OAI en admettant, dès le mois de mars 2019, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 70 % dans une activité adaptée en respectant les limitations fonctionnelles supplémentaires suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de travail avec les bras au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements répétitifs du membre supérieur droit. Les autres atteintes musculo-squelettiques étaient en lien avec un déconditionnement compensable par une prise en charge adéquate.

Le 17 janvier 2020, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision, remplaçant et annulant le projet du 1^{er} juin 2018. L'OAI a repris les termes de sa précédente décision, constatant que l'assuré avait droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars 2016 au 30 juin 2017 pour les motifs déjà exposés. Il a ajouté que depuis le mois de mars 2019, l'intéressé avait présenté une aggravation de son état de santé. Sa capacité de travail était alors nulle dans son activité habituelle mais restait

exigible à 70 % dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir : pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de travail avec les bras au-dessus de l'horizontale, pas de mouvements répétitifs du membre supérieur droit. Tel était le cas dans le domaine industriel léger, par exemple dans des activités simples et légères. L'OAI a arrêté le revenu avec invalidité à 42'678 fr. 09, en se fondant sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), plus particulièrement sur le salaire que pouvait recevoir un homme réalisant des activités non qualifiées du domaine de la production et des services au taux de 70 %, sur lequel un abattement supplémentaire de 10 % a été opéré pour tenir compte de l'âge et du taux d'occupation. Comparé au revenu de valide de 61'919 fr., le taux d'invalidité s'élevait à 31,07 %, ce qui était insuffisant pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité.

Le 16 avril 2020, l'assuré, toujours représenté par Procap, a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet de décision. Il a d'abord fait valoir que l'expertise psychiatrique n'avait pas été menée en présence d'un interprète. Ensuite, il a reproché au SMR de ne pas avoir pris en considération, dans ses appréciations, l'aggravation de l'état de santé attestée par le Dr H._____. Il a enfin contesté l'abattement opéré sur le revenu d'invalidité calculé au moyen du revenu statistique. A l'appui de ses objections, l'assuré a produit un rapport du Dr H._____ du 20 février 2020, dans lequel il confirmait les diagnostics d'état dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et de troubles douloureux somatoformes persistants (F45.4) et attestait d'une capacité de travail nulle, même dans une activité adaptée.

Dans un rapport du 14 avril 2020, le Dr Q._____ a constaté que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle. En dépit de la difficulté à évaluer la capacité de travail dans une activité adaptée, il l'a estimée à 50 %, moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de mouvements répétitifs des membres supérieurs, pas de

travail en position accroupie ou à genou, pas de travail dans le domaine de la construction.

Sollicité pour avis, le Dr W._____ a constaté, le 20 août 2020, qu'il ne disposait pas d'éléments somatiques nouveaux amenés par un spécialiste permettant de s'écarter des précédentes conclusions du SMR. Le psychiatre traitant réitérait son appréciation différente de celle de l'expert psychiatre sans l'étayer de manière à rendre plausible une modification significative de l'état psychique. Les douleurs musculo-squelettiques diffuses, sans comorbidité psychique incapacitante selon l'expert-psychiatre, étaient mises en lien par les spécialistes avec un déconditionnement améliorable par une prise en charge adéquate. Des limitations fonctionnelles avaient été retenues pour les atteintes objectivées.

Par décision du 19 novembre 2020, l'OAI a accordé à l'assuré une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, du 1^{er} mars 2016 au 30 juin 2017, confirmant ainsi son projet de décision du 17 janvier 2020.

B. Par acte du 5 janvier 2021, T._____, toujours représenté par Procap, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, dont il a demandé l'annulation, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire. Il a contesté pour l'essentiel l'instruction menée par l'intimé, tant aux plans psychiatrique que somatique. Sur le plan psychique, l'OAI n'avait pas tenu compte de l'aggravation de la situation, telle qu'attestée par le Dr H._____. Sur le plan somatique, le SMR, et partant l'intimé, avait uniquement pris en compte les problèmes au niveau de l'épaule et non ceux au niveau du dos. Il avait également estimé, à tort, que ces atteintes somatiques n'entraînaient que des limitations fonctionnelles, sans diminuer la capacité de travail.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais par décision du 11 janvier 2021.

Dans sa réponse du 9 février 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le 4 mars 2021, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a encore produit, le 29 juillet 2021, un rapport du 7 mai 2021 du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le maintien du droit du recourant à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2017, respectivement sur l'étendue de son droit aux prestations.

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'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) En ce qui concerne l'évaluation médicale effectuée par un SMR au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, qui est établie sans que le médecin n'examine l'assuré, elle ne contient aucune observation clinique. Un tel avis a ainsi 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 (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4 in SVR 2009 IV n° 50 p. 153). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des

exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt 9C_25/2015 du 1^{er} mai 2015 consid. 4.2).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. a) En l'occurrence, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mars 2016 au 30 juin 2017. Par la suite, il a nié au recourant le droit à la rente, en retenant qu'à compter du 1^{er} avril 2017, son état de santé s'est amélioré, et qu'il présente dès cette date une capacité de travail raisonnablement exigible de 70 % dans toute activité.

Cette appréciation est fondée sur le rapport d'expertise du Dr P._____, ainsi que sur les avis SMR des 18 avril, 14 novembre 2018, 7 novembre 2019 et 20 août 2020.

Or, le recourant plaide, au plan psychiatrique, que son état de santé s'est détérioré à la suite de l'expertise du Dr P._____, en se prévalant notamment du rapport de son psychiatre traitant, le Dr H._____, du 20 août 2018. Il relève en particulier dans ce cadre que la péjoration de la situation a été provoquée par des conflits familiaux ayant conduit à une séparation, alors que l'expert faisait une description

harmonieuse de la situation en 2017. A la suite de cette séparation, ses ressources se sont totalement effondrées. Ainsi, l'instruction, qui ne tient pas compte de l'aggravation postérieure à l'expertise, ni du diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé par le Dr H. _____, est lacunaire à ses yeux.

b) En premier lieu, il convient de constater que le recourant ne soutient pas que l'expertise du Dr P. _____ ne serait pas probante, mais uniquement que son état se serait péjoré postérieurement. On relèvera à toutes fins utiles que l'expertise du Dr P. _____ du 3 juillet 2017 remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante : rédigée à la suite de trois entretiens cliniques, résumant l'anamnèse de l'intéressé, ses plaintes et les pièces au dossier, complétée de mesures psychométriques, ses conclusions sont claires et dénuées de contradiction. L'expert retient, avec effet sur la capacité de travail, le diagnostic d'épisode dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique de mars 2015 à mars 2017 avec une évolution vers une symptomatologie dépressive légère depuis le 1^{er} avril 2017 (F33.0). Sans effet sur la capacité de travail, l'expert retient des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56) et une modification traumatique de la personnalité à la suite d'une expérience de catastrophe (guerre durant l'enfance) actuellement non décompensée (F62.0). Il a objectivé une nette amélioration thymique en avril 2017, se référant à l'anamnèse mais également à une baisse de moitié du traitement antidépresseur et de la diminution des entretiens avec le psychiatre traitant. Quant à la capacité de travail, l'expert a relevé qu'elle était de 50 % sans baisse de rendement dans l'activité habituelle, durant la période allant du 10 mars 2015 au 31 mars 2017. Depuis le 1^{er} avril 2017, la capacité de travail était entière dans toute activité adaptée, avec une baisse de rendement de 30 % compte tenu d'un épisode dépressif léger récurrent avec des limitations fonctionnelles peu importantes mais existantes.

Cela étant, le Dr H. _____ a constaté dans ses rapports postérieurs à l'expertise du Dr P. _____ que son patient présentait une péjoration de son état. Il a ainsi diagnostiqué un état dépressif sévère sans

symptôme psychotique (F32.2) ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux. Si ses rapports sont brefs et peu étayés, le Dr H._____ y relève cependant qu'à la suite de sa séparation, son patient a épuisé ses ressources, constat qu'il fait dans ses rapports successifs des 19 février, 20 août 2018 et 20 février 2020. En pareilles circonstances, et bien qu'il s'agisse d'un cas limite, l'OAI ne pouvait, sans plus amples examens, considérer que l'expertise du Dr P._____ du 3 juillet 2017 demeurait pleinement probante pour la période postérieure à son établissement.

c) Sur le plan somatique, le recourant déplore que ses atteintes ne conduisent le SMR à ne retenir que des limitations fonctionnelles, mais pas une baisse de la capacité de travail. Il explique ainsi souffrir notamment d'une discopathie multi-étagée de la colonne lombaire, « qui ne peut être simplement écartée », se prévalant du fait que les incapacités de travail au plan somatique se sont toujours situées entre 80 et 50 %.

Certes, le Dr Q._____ a varié dans l'établissement de la capacité de travail de son patient. Il n'en reste pas moins que le Dr K._____ a également examiné le recourant le 27 septembre 2019 ; dans ce cadre, sans toutefois se prononcer sur la capacité de travail, il a observé que l'examen clinique était principalement caractérisé par d'importantes douleurs et avait mis en évidence des signes de déconditionnement et de non-organicité chez un patient très algique. Il a relevé que la symptomatologie avait un caractère mécanique et limitait l'assuré de façon significative dans toutes les activités quotidiennes. Les douleurs à l'épaule pouvaient être expliquées par le bilan radiologique, qui montrait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Un conflit disco-radicaire à l'étage cervical avait été écarté par les radiologues, s'agissant des cervico-brachialgies. En présence de douleurs musculo-squelettiques diffuses, le Dr K._____ a proposé la mise en place de traitement de physiothérapie ambulatoire et la poursuite du traitement psychiatrique (cf. rapport du 10 octobre 2019). Finalement, dans un rapport du 14 avril 2020, le Dr Q._____ a estimé que la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles. Au vu de ces éléments, l'OAI ne pouvait, sans autre mesure d'instruction, retenir sur la base d'un avis SMR une simple limitation fonctionnelle supplémentaire (cf. avis du 7 novembre 2019), sans examiner le recourant et procéder à une appréciation globale de sa situation. De même, au vu des pièces au dossier, et des contradictions entre les avis SMR, d'une part, et ceux des médecins traitants, d'autre part, il existe en l'occurrence des doutes, certes faibles, quant à la fiabilité des constatations effectuées par le SMR. Conformément à la jurisprudence rappelée ci-avant (cf. consid. 4c), il convient dans ce cas d'ordonner une expertise.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

Dans la mesure où le recourant présente des atteintes tant au niveau psychiatrique qu'au niveau somatique, il appartient à l'OAI de mettre en œuvre un examen bidisciplinaire comportant un volet

psychiatrique et somatique, auprès de spécialistes qui veilleront à procéder à une appréciation globale de la capacité de travail du recourant et son évolution depuis le 1^{er} avril 2017.

8. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 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 mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 19 novembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 T._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille 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 :

- Procap, Service juridique (pour T._____),
- 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 :