

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juin 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Peter, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant.

et

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

Art. 28 LAI et art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 31 octobre 198[...], sans formation professionnelle, a travaillé à plein temps pour le compte de B._____ SA en qualité de spécialiste technique, métier consistant à évaluer l'origine de pannes présentées par de petits appareils d'électroménagers ou médicaux, puis remplir un rapport y relatif. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de C._____ SA. Il a présenté une incapacité de travail totale à compter du 23 mars 2016, date à laquelle il a eu un accident de la circulation. Alors que l'assuré circulait au guidon de son scooter, il est entré en collision avec une automobile et a chuté sur la chaussée (cf. rapport de la police [...] du 1^{er} juillet 2016). Il a été transféré en ambulance au Centre D._____, où il a séjourné jusqu'au 3 avril 2016. Les diagnostics de fracture du tibia et péroné diaphysaire distal gauche et d'entorse de l'IPP du troisième doigt de la main droite ont été posés (cf. rapport du 6 avril 2016 du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Le 1^{er} avril 2016, l'assuré a subi une réduction ouverte et alignement du péroné sur clou de Oberholtzer puis réduction ouverte et ostéosynthèse par plaque du tibia distal gauche.

C._____ SA a pris le cas en charge.

Le 5 août 2016, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au Centre D._____, a procédé à une ablation du matériel d'ostéosynthèse (clou de Oberholtzer au niveau du péroné).

L'assuré a déposé le 22 mai 2017 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 faisant état d'une fracture tibia péroné survenue le 23 mars 2016.

Le 7 novembre 2017, le Dr G._____ a procédé à une ablation du matériel d'ostéosynthèse (plaques au niveau du tibia).

Le 11 janvier 2018, le Dr G._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fracture de jambe distale le 23 mars 2016, et de neuropathie post-traumatique du nerf fibulaire superficiel.

Dans un rapport du 6 novembre 2018, le Dr G._____ a fait savoir à l'OAI que lors de la consultation du 3 octobre 2018, l'assuré présentait toujours des douleurs internes périmaléolaires et, dans une moindre mesure, antérieures de la cheville, parfois en étau. Il a indiqué que l'incapacité de travail dans l'activité habituelle se poursuivait à 100 % du 1^{er} août au 31 décembre 2018. Dans une activité adaptée, le Dr G._____ a estimé que la capacité de travail de l'intéressé serait potentiellement de 100 % dans une activité sédentaire, à confirmer après une évaluation en milieu spécialisé « *de type Clinique H._____* » [ndr. : Clinique H._____]. Il a énoncé les limitations fonctionnelles suivantes : « *Limitations physiques uniquement avec intolérance à l'effort liée aux douleurs du membre inférieur opéré* ».

Dans un avis du 8 janvier 2019, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a estimé que, *a priori*, les conséquences objectives de l'accident du 23 mars 2016 étaient modestes. Il ne comprenait pas pourquoi, la capacité de travail dans une activité adaptée devait être appréciée dans un centre spécialisé. Il a suggéré de se renseigner auprès de l'assureur-accidents s'il comptait procéder à une expertise et, à défaut, que l'assurance-invalidité mette en œuvre un tel examen.

L'assuré a séjourné à la Clinique H._____ du 6 au 14 août 2019, où le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs de la jambe gauche a été posé. Dans leur rapport du

27 août 2019, le Dr J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et la Dre K._____, médecin-assistante, ont relevé qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour, en particulier aucune psychopathologie n'avait été détectée. Ils ont noté que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Ils ont fait savoir que des facteurs contextuels pourraient jouer un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par le patient et pourraient influencer défavorablement un retour au travail, évoquant notamment une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé et une perception majeure du handicap fonctionnel chez un patient focalisé sur ses douleurs et avec des traits d'anxiété. Ils ont précisé que durant le séjour, l'assuré avait bénéficié d'une prise en charge de physiothérapie, d'une consultation avec une psychologue et d'une intégration aux ateliers professionnels afin d'établir un descriptif du poste de travail. Ils ont renoncé à se prononcer sur l'évolution subjective et objective durant le séjour du fait que celui-ci avait été raccourci par leur patient. Ils ont expliqué qu'ils n'étaient pas en mesure de se prononcer sur les limitations fonctionnelles définitives ou provisoires ni sur la stabilisation du cas du point de vue médical ni sur le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle.

L'assuré a fait l'objet d'une expertise orthopédique auprès du Dr Ex.O._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ordonnée par C.____ SA, qui a eu lieu le 8 octobre 2019. Dans son rapport du 16 octobre 2019, ce spécialiste a posé les diagnostics suivants (pp. 19-20) :

- « • Status après accident de la voie publique le 23.03.2016 ayant entraîné :
 - une fracture multifragmentaire transverse diaphysaire distale du tibia et péroné gauche
 - une entorse IPP de D3 de la main droite.
- Status après réduction et ostéosynthèse par clou d'Oberholtzer du péroné gauche et par plaque du tibia gauche le 01.04.2016.
- Status après AMO du clou du péroné gauche le 05.08.2016.
- Status après AMO du tibia gauche le 07.11.2017.

- Douleurs subjectives perdurantes importantes de la jambe gauche et limitation fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne, sans substrat orthopédique objectif l'expliquant. »

Il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle de spécialiste technique, compatible avec les limitations fonctionnelles orthopédiques (pas de position debout prolongée, pas de déplacement fréquent, pas de port de charges supérieures à 10-15 kg de manière répétitive), était pleine et entière, sans baisse de rendement (p. 26, ch. 6.1 et 6.1.3), l'état de santé étant stabilisé de manière certaine à la date de l'expertise et probablement trois mois au maximum après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse du tibia. Le Dr Ex.O. _____ a encore relevé que, compte tenu du status objectif orthopédique et du fait qu'il suspectait, à l'instar de ses confrères de la Clinique H. _____, des problèmes non somatiques, voire psychosociaux surajoutés, il ne s'attendait pas à ce que le bilan d'ergothérapie apporte véritablement une amélioration. Il subordonnait que ledit bilan servirait surtout à conforter l'idée d'un problème non somatique (p. 28, ch. 7.1.2).

Par avis du 11 février 2020, la Dre L. _____ du SMR a relevé que l'assuré se plaignait de douleurs dont l'intensité n'était pas explicable sur le plan organique, présentait des signes d'anxiété (selon la Clinique H. _____) et d'agoraphobie et qu'il serait isolé chez lui (selon le Dr Ex.O. _____). Sur le plan somatique, elle a constaté que la capacité de travail de l'assuré était entière dans son activité habituelle depuis le mois de mars 2018. Elle a conclu qu'il convenait de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par décision du 4 juin 2020, C. _____ SA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettait fin au versement des indemnités journalières le 31 mars 2018, en renonçant toutefois à demander la restitution des prestations versées ultérieurement, le droit au traitement médical prenant fin le 31 octobre 2019 et le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité étant refusé.

L'OAI a désigné le Dr Ex.P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en qualité d'expert. Ce dernier a adressé son rapport à l'OAI le 19 août 2020, après avoir reçu l'assuré les 3 et 7 juillet 2020 en entretien (à chaque fois durant 3 heures). Il n'a posé aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, ceux de troubles dépressifs légers (F32.0), de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30), de dépendance primaire au cannabis, utilisation épisodique (F12.26), et de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs en relation avec l'accident du mois de mars 2016 (F54) n'ayant pas d'effet sur celle-ci (p. 44, ch. 7). En outre, il a retenu que la capacité de travail de l'intéressé était entière dans l'activité habituelle (pp. 49-50, ch. 9.1).

Dans un rapport d'examen SMR du 28 septembre 2020, la Dre L._____ du SMR a conclu que l'expertise du Dr Ex.P._____ répondait globalement aux critères de qualité requis et démontrait l'absence d'atteinte incapacitante. Elle a estimé que la capacité de travail était entière depuis le mois de mars 2018 dans l'activité habituelle qui respectait les limitations fonctionnelles somatiques.

Dans un projet de décision du 12 octobre 2020, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité pour une période limitée, soit du 1^{er} novembre 2017 au 31 mai 2018, en retenant ce qui suit :

« Votre mandant cité en titre exerçait le métier de Technical Service Specialist à plein-temps.

Pour des raisons de santé, il présente une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 23 mars 2016. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit le 23 mars 2017, et après un examen complet de son dossier, nous constatons que son incapacité de travail est totale dans toute activité.

Dès lors, le droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % est, en principe, ouvert depuis le 1^{er} mars 2017.

Toutefois, dans sa situation, le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à partir du 1^{er} novembre 2017, soit à l'échéance d'une

période de six mois à compter de la date à laquelle il a fait valoir son droit aux prestations, conformément à l'article 29 alinéa 1 LAI.

Selon les informations en notre possession, nous constatons que son état de santé et sa capacité de gain se sont améliorés depuis le 8 février 2018 et qu'il présente une capacité de travail totale dans toute activité depuis cette même date.

En présence d'une amélioration de l'état de santé et de la capacité de gain, le droit à la rente prend fin à la fin du troisième mois suivant l'amélioration, à savoir le 31 mai 2018. »

Le 19 février 2021, l'assuré, alors représenté par Me Claudio Venturelli, a contesté ce projet, en se prévalant des avis de ses psychothérapeutes traitants, divergents de celui du Dr Ex.P._____. Il a produit deux rapports, adressés au conseil précité les 17 novembre 2020 et 16 février 2021, du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue Q._____, tous deux du S._____. Selon ces psychothérapeutes, qui attestaient d'un suivi depuis le 4 février 2020, leur patient souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) qui causaient tous deux des répercussions sur sa capacité de travail. Dans leur rapport du rapport du 16 février 2021, ils ont expliqué qu'une médication antidépressive était en discussion (après avoir été refusée par l'assuré, cf. aussi rapport du 17 novembre 2020) et que, dès le 10 février 2021, leur patient avait accepté d'augmenter le rythme de la thérapie à deux fois par mois. Ils ont fait savoir que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis le 23 mars 2016 ; elle était de 50 % dès le 16 novembre 2020 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans un avis du 11 mars 2021, la Dre L._____ du SMR a expliqué que le psychiatre traitant ne mentionnait pas d'aggravation des troubles connus ou de nouvelle atteinte depuis la réalisation de l'expertise psychiatrique du 19 août 2020. Elle a estimé qu'il procédait à une évaluation différente de la même situation. La Dre L._____ a retenu que les diagnostics posés par l'expert étaient étayés et ses conclusions argumentées, au contraire de ceux du psychiatre traitant. Elle a par ailleurs relevé que la prise en charge de l'assuré au S._____ n'était pas

cohérente avec les atteintes retenues. Elle a en conséquence confirmé ses conclusions (cf. avis SMR du 28 septembre 2020).

Par décision du 25 mars 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision du 12 octobre 2020 de rente limitée dans le temps. Par motivation séparée du 19 mars 2021, faisant partie intégrante de cette décision, il a par ailleurs pris position sur les arguments soulevés par l'assuré le 19 février 2021, en notant en particulier que les rapports médicaux des 17 novembre 2020 et 16 février 2021 du Dr T._____ du S._____ ne mentionnaient pas d'aggravation ou de nouvelle atteinte depuis la réalisation de l'expertise psychiatrique du 19 août 2020 ; il s'agissait d'une évaluation différente de la même situation. Du point de vue de l'OAI, les diagnostics retenus par l'expert étaient étayés et ses conclusions argumentées, ce qui n'était absolument pas le cas des rapports médicaux du Dr T._____ qui ne justifiaient pas les diagnostics et dont la prise en charge n'était pas cohérente avec ceux-ci.

B. Par acte du 10 mai 2021, R._____, représenté par Me Venturelli, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} novembre 2017, et subsidiairement à son annulation, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour nouvelle décision. En substance, il a contesté les conclusions du rapport d'expertise du Dr Ex.P._____, estimant inconcevable qu'il existait une telle divergence entre les diagnostics incapacitants posés par son psychiatre traitant, et l'absence totale d'atteinte psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail retenue par le Dr Ex.P._____. Il a estimé que ce dernier n'avait pas sérieusement tenu compte de ses plaintes, et a fait grief à l'intimé de ne pas avoir instruit plus avant son dossier sur le plan psychiatrique au vu de ces éléments. A titre de mesures d'instruction, il a requis qu'un délai lui soit imparti afin de produire une expertise psychiatrique privée.

Dans sa réponse du 29 juin 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le 21 septembre 2021, l'avocat du recourant a indiqué ne plus être son conseil. Le délai de réplique a alors été prolongé au 25 octobre 2021. Le recourant n'a pas procédé plus avant.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA ; art. 93 let. a LPA-VD [loi 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 a pour objet l'étendue du droit aux prestations du recourant, singulièrement l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sans limitation dans le temps.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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 25 mars 2021 (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).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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, un taux d'invalidité de 40 % au moins 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du

travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

c) On rappellera par ailleurs que l'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (art. 17 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] ; art. 88a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 145 V 209 consid. 5.3; 131 V 164 consid. 2.2; 125 V 413 consid. 2d et les références). Dans ce contexte, une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'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 (art. 88a al. 1 RAI).

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).

6. a) Selon la jurisprudence, les affections psychosomatiques, les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes 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 ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en

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

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

une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. En l'occurrence, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière du 1^{er} novembre 2017 au 31 mai 2018. Par la suite, il a nié à l'intéressé le droit à la rente, en retenant qu'à compter du mois de février 2018, son état de santé s'était amélioré, et qu'il présentait depuis lors une capacité de travail entière dans toute activité.

Cette appréciation est fondée sur l'expertise orthopédique du 16 octobre 2019 du Dr Ex.O._____, d'une part (ci-après, l'expertise orthopédique), ainsi que sur l'expertise psychiatrique du 19 août 2020 du Dr Ex.P._____, d'autre part (ci-après : l'expertise psychiatrique).

8. a) Le recourant n'élève pas de griefs relatifs à l'appréciation somatique de la situation. Pour autant que de besoin, il y a lieu de constater que l'expertise du Dr Ex.O._____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder une pleine valeur probante. Ce médecin y a en effet pris note des déclarations du recourant, ainsi que de ses plaintes. L'expertise orthopédique a été établie en pleine connaissance du dossier. L'expert a décrit son anamnèse, puis a procédé à un examen clinique complet. Il a également pris connaissance de tous les éléments radiologiques au dossier. Sur la base de ses observations, de son examen de l'intéressé et des éléments médicaux du dossier, il a posé les diagnostics de status après accident de la voie publique ayant entraîné une fracture multifragmentaire transverse diaphysaire distale du tibia et péroné gauche et une entorse IPP de D3 de la main droite, de status après réduction et ostéosynthèse par clou d'Oberholtzer du péroné gauche et par plaque du tibia gauche, de status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du clou du péroné gauche et de status après ablation du matériel d'ostéosynthèse du tibia gauche.

b) Le Dr Ex.O._____ a également constaté, en les listant parmi les diagnostics, la présence de douleurs subjectives perdurantes et

importantes de la jambe gauche ainsi que de limitations fonctionnelles dans les activités de la vie quotidienne, sans substrat orthopédique objectif les expliquant. Dans le cadre de son appréciation, il a ainsi noté plusieurs « *faits troublants* » (expertise orthopédique, p. 21). L'expert orthopédiste a cité comme principale source d'étonnement l'importance des douleurs de fond mentionnées par le recourant (estimée à 6-7/10 avec des crises pouvant aller jusqu'à 9/10) qui étaient encore plus importantes que celles décrites au mois d'août 2019 aux médecins de la Clinique H._____ ; il a rappelé que, malgré ces crises ressenties comme importantes, le patient ne prenait aucune médication de manière régulière et se contentait d'un antalgique mineur lorsqu'il y recourait. Le Dr Ex.O._____ a cependant souligné qu'une telle intensité des douleurs n'a jamais été objectivement confirmée, rappelant que le recourant était resté une heure et demie assis, sans posture antalgique, et avait discuté et répondu à toutes les questions sans aucun signe de douleurs ou de troubles de la concentration en raison de ces dernières. Il a aussi relevé qu'après la prise d'anamnèse, le recourant s'était levé sans difficulté, s'était déshabillé sans problème et avait marché sans boiterie. Toujours au status et compte tenu de l'importance des douleurs, le Dr Ex.O._____ peinait à comprendre que, objectivement, la musculature au niveau des mollets et des cuisses était symétrique, ce qui laissait supposer que l'appui du membre inférieur gauche était quasiment équivalent au droit. A l'examen clinique, l'expert a constaté que les cicatrices étaient indolores et non adhérentes, qu'il n'y avait pas de rougeur, chaleur, tuméfaction ou œdème, ni de trouble circulatoire secondaire, entraînant d'éventuelles varices ou dermite ocre. Il a décrit un status neurologique quasiment dans les normes. S'il constatait une légère hypoesthésie de la moitié externe de la cheville et du pied gauche, celle-ci ne s'accompagnait pas de zone de dysesthésie, ni de signe de Tinel ; elle n'empêchait pas d'effectuer une discrimination au toucher-piquer ou au chaud-froid de manière tout à fait normale dans tous les dermatomes. Il a rappelé qu'à cette précédente observation s'ajoutait une force des groupes musculaires totalement préservée par rapport au côté droit. S'agissant de l'examen du bilan radiologique effectué au mois d'août 2019 à la Clinique H._____, le Dr Ex.O._____ a relevé une densité osseuse symétrique, excluant une

ostéopénie de sous-utilisation ou une éventuelle ostéopénie mouchetée de type CRPS (*Complex Regional Pain Syndrome*).

c) Rappelant que les IRM, les scanners et surtout le SPECT-CT-scan avaient déjà montré l'absence d'atteinte objective expliquant les douleurs, le Dr Ex.O._____ a conclu qu'il existait manifestement une discrédance entre les plaintes subjectives et le status orthopédique, suspectant la présence d'autres facteurs contextuels, tels que psychosociaux, jouant vraisemblablement un rôle important dans l'état actuel du recourant (expertise orthopédique, pp. 21-22). L'expert a ainsi bien retenu que l'activité habituelle était parfaitement adaptée, ceci étant rappelé qu'il s'agit d'un travail de manutention légère associé à quelques démarches administratives. Son appréciation est bien motivée, claire, et dénuée de contradiction. Elle n'est du reste pas remise en question par d'autres médecins qui auraient examiné le recourant après le Dr Ex.O._____. Pour le reste, ce spécialiste a expliqué avec soin sa position, qui peut dès lors être suivie et revient à constater l'absence d'incapacité de travail dans l'activité habituelle, trois mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (plaques au niveau du tibia) le 7 novembre 2017 (cf. rapport du Dr Ex.O._____ du 16 octobre 2019), soit depuis le 8 février 2018, moment à compter duquel le recourant pouvait être considéré comme rétabli. C'est ainsi à juste titre que la Dre L._____ a fixé la date à laquelle une réadaptation était exigible au mois de mars 2018 (avis SMR du 28 septembre 2020).

9. a) aa) Dans la mesure où plusieurs facteurs contextuels ont été mentionnés par les médecins, notamment à la suite du séjour à la Clinique H._____, lors duquel ont été évoqués notamment une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé, une perception majeure du handicap fonctionnel chez un patient focalisé sur ses douleurs et avec des traits d'anxiété (rapport du 27 août 2018, p. 5), ainsi que par le Dr Ex.O._____, qui a ainsi noté que, compte tenu du status objectif orthopédique et d'une suspicion de problèmes non somatiques voire psychosociaux surajoutés, il n'attendait pas d'amélioration du bilan

ergothérapeutique, mais plutôt une confirmation du caractère non somatique de la problématique (expertise orthopédique, ch. 7.1.2), un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique a été ordonné par l'intimé (cf. aussi avis SMR de la Dre L. _____ du 11 février 2'20)

bb) C'est ainsi qu'une expertise psychiatrique du recourant a été mise en œuvre les 3 et 8 juillet 2020 auprès du Dr Ex.P. _____. Dans son rapport du 24 août 2020, ce médecin n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Sans effet sur celle-ci, il a fait état de troubles dépressifs légers (F32.0), de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30), de dépendance primaire au cannabis, utilisation épisodique (F12.26), et de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs en relation avec l'accident du mois de mars 2016 (F54) (expertise psychiatrique, p. 44). Le Dr Ex.P. _____ a reçu le recourant à deux reprises, durant plusieurs heures. Il a aussi contacté téléphoniquement le psychiatre traitant de l'intéressé, listé les plaintes de ce dernier, et fait réaliser des examens sanguins complémentaires.

b) Les éléments anamnestiques et cliniques, associés aux résultats des tests psychométriques, ont permis de poser le diagnostic dépressif dans les règles de l'art, ce qui excluait un trouble de l'adaptation (expertise psychiatrique, pp. 31-34 et 42). L'expert a considéré que la description des activités du recourant (tristesse présente durant une partie de la journée, gestion administrative, lecture, musique et bonnes relations avec la colocatrice) ne plaidaient pas pour une symptomatologie dépressive plus sévère (expertise psychiatrique, pp. 31-34). Sur les mêmes bases (examen clinique, anamnèse et tests psychométriques), l'expert a pu exclure les troubles du registre anxieux (expertise psychiatrique, p. 34-35) et singulièrement un stress post-traumatique en lien avec l'accident de la route (expertise psychiatrique, p. 34). Le diagnostic de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou à des maladies classées ailleurs (F54), posé par l'expert, est également établi *de lege artis* (expertise psychiatrique, pp. 35-37), en

référence à une codification internationale, soit la classification internationale des maladies dans sa 10^e révision (CIM-10), ceci compte tenu d'un substrat organique qualifié de « *très probable* » par le Dr Ex.O._____, ce qui peut être confirmé sur le vu des diagnostics orthopédiques retenus par le Dr Ex.O._____ (expertise orthopédique, pp. 19-20). Quant à la dépendance primaire au cannabis, utilisation épisodique, elle est étayée par des analyses biologiques, finalement admise par le recourant (expertise psychiatrique, pp. 29-30 et 43) et ne prête pas à controverse.

L'expert psychiatre a exclu de manière convaincante une composante psychotique. Il a expliqué qu'à son examen, le recourant s'est certes plaint de symptômes de ce registre (hallucinations auditives, visuelles, délire de persécution), éléments qui n'ont pas été retrouvés lors de l'entretien avec la psychologue déléguée (expertise psychiatrique, p. 47). La divergence est aussi apparue aussi lors des tests psychométriques (PANSS, expertise psychiatrique, p. 30). Après avoir contacté téléphoniquement le psychiatre traitant, le Dr Ex.P._____ a relevé ce qui suit (expertise psychiatrique, pp. 22 à 24) :

« Tenant compte du fait qu'avec le psychiatre expert l'assuré montrait des plaintes de type psychotiques avec hallucinations auditives, visuelles et un délire de persécution sans changement depuis mars 2016, alors qu'avec la psychologue dans le contexte de l'expertise il ne montrait aucun signe psychotique, nous avons téléphoné au psychiatre traitant pour avoir également sa version. Selon l'entretien téléphonique avec le Docteur T._____, psychiatre psychothérapeute FMH, il ressort qu'aucun symptôme psychotique n'a été ni observé, ni abordé entant que plainte et c'est dans ce contexte que le suivi a lieu seulement une fois tous les deux mois, ce d'autant plus que l'assuré a une haute franchise et qu'il ne souhaite pas payer trop les consultations. Le traitement prescrit de Relaxane® (pétasite + valériane + passiflore + mélisse) et phytothérapie est très léger et correspond à l'absence d'un trouble psychotique ou dépressif franc. Le fait qu'un traitement antipsychotique ou antidépresseur n'a jamais été proposé à l'assuré va dans le même sens, de même que l'absence d'un suivi plus soutenu ou d'une hospitalisation non volontaire éventuellement en cas de schizophrénie non traitée depuis plus de quatre ans. De plus, le psychiatre traitant explique que l'assuré a commencé un suivi psychiatrique seulement en février 2020 à la demande de son avocat, par rapport à un accident subi en mars 2016 et dans le contexte d'un conflit avec l'assurance perte de gain accident/maladie. Selon le psychiatre traitant, la demande de l'assuré

centrait la question d'une expertise psychiatrique privée plus que celle d'un suivi, à la demande de son avocat.

Durant l'expertise orthopédique et les prises en charge hospitalières s'il n'est pas mentionné aucun élément psychotique, bien au contraire, la présentation est bonne chez un assuré qui conduit la voiture et on peut retenir tout au plus une certaine impulsivité lorsque l'assuré est parti avant la fin de sa prise en charge hospitalière et des somatisations, car les plaintes douloureuses n'ont pas un substrat organique mais peut-être psychique. Toutefois, l'assuré ne prend pas de traitement antalgique selon l'anamnèse.

De plus, nous retenons des discordances importantes dans la description des activités encore possibles, puisque l'assuré explique à la fois qu'il ne peut plus rien faire depuis son accident, ni les courses, ni le ménage, réalisés par sa colocatrice, avec un isolement social total et à la fois il décrit qu'il conduit la voiture sans difficultés malgré ses prises de cannabis, il fait des recherches d'emploi (alors qu'il estime ne plus rien pouvoir faire), il écoute de la musique, il lit, il prépare les repas avec sa colocatrice, il aurait rompu le contact depuis une année avec ses amis et pas depuis 2016, il a des relations rares mais bonnes familiales et des bonnes relations avec sa colocatrice, il réalise seul l'administratif simple, etc.

(...)

Tenant compte de l'ensemble des discordances susmentionnées, nous ne pouvons pas retenir une décompensation psychotique avec hallucinations visuelles et auditives et un délire de persécution inchangées depuis mars 2016 en lien avec l'accident comme déclaré par l'assuré, mais l'hypothèse d'une exagération, voire plutôt d'une production volontaire des plaintes est celle que nous pouvons privilégier. En effet, en cas de schizophrénie paranoïde, on ne peut pas observer de tels changements du tableau clinique en fonction de l'intervenant. De plus l'intérêt particulier pour les aspects asséculo-logiques mis en avant par l'assuré (demande de rente AI à 100% pour des raisons psychiatriques en lien avec l'accident et pas en lien avec les troubles somatiques suivant le résultat de l'expertise orthopédique dont l'investigué est au courant) apparaît comme discordant avec un trouble schizophrénique persistant. La démotivation pour une réadaptation professionnelle dans une activité adaptée d'un point de vue somatique corrélée spontanément à la présence de dettes apparaît aussi en contradiction avec une éventuelle décompensation psychotique.

L'absence de flashbacks, l'absence d'évitements chez un assuré qui peut conduire la voiture sans difficulté et l'absence d'un traitement psychothérapeutique spécifique et sans traitement antidépresseur et avec un suivi psychiatrique qui a débuté quatre années après l'accident suivant le conseil de son avocat (selon le psychiatre traitant), plaide contre un état de stress post-traumatique. »

Dans ces circonstances, les diagnostics retenus dans les rapports des 17 novembre 2020 et 16 février 2021 du S._____ doivent être considérés comme non probants au vu des contradictions essentielles entre leur contenu et les déclarations de leur auteur à l'expert. Il y a lieu de noter que l'on se trouve en présence d'une allégation de limitations

professionnelles résultant d'une constellation de symptômes analogue à une exagération, d'un assuré qualifié de peu authentique, de tableaux cliniques, de plaintes différentes variant selon les intervenants et d'une quasi-absence de demande de soins (expertise psychique, pp. 21-23 et 47). De plus, le Dr Ex.P._____ préconise une thérapie axée sur les avantages secondaires (expertise psychiatrique, p. 51). Dans ces circonstances, et ce même si plusieurs diagnostics psychiatriques sont retenus, il pourrait y avoir lieu de nier tout caractère incapacitant aux plaintes du recourant sur la base de motifs d'exclusion, question qui peut toutefois rester ouverte vu que l'examen des indicateurs ne révèle pas d'atteinte incapacitante (consid. 9c ci-dessous) et que les rapports du Dr T._____ ont été établis pour les besoins de la procédure administrative à la demande d'un avocat comme le spécialiste en question l'a d'ailleurs concédé.

c) aa) En ce qui concernait le caractère prononcé des symptômes, le Dr Ex.P._____ a constaté de manière circonstanciée que les diagnostics qu'il a retenus ne révélaient pas d'atteinte limitant pour tout ou partie l'exercice de l'activité habituelle. S'agissant des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs en relation avec l'accident du mois de mars 2016 (F54), le Dr Ex.P._____ s'est prononcé au sujet de la gravité de cette atteinte ne retenant que des limitations fonctionnelles subjectives et discordantes, sans impact significatif sur le quotidien du recourant (expertise psychiatrique, p. 37). Les troubles dépressifs sont qualifiés de stationnaire et demeurent ainsi d'un degré léger, sans limitations fonctionnelles significatives (expertise psychiatrique, p. 45). L'expert a relevé les bonnes ressources du recourant dans la gestion de son quotidien (expertise psychiatrique, pp. 37 et 45), ce qui est cohérent avec la journée type décrite par l'intéressé (expertise psychiatrique, pp. 20-21).

L'expert a montré de manière convaincante que les comorbidités psychiatriques ne viennent pas aggraver le tableau clinique. Il a exclu que la dépendance au cannabis, utilisation épisodique (F12.26) ait entraîné des dommages irréversibles chez le recourant qui parvenait à

conduire, à lire et à se concentrer durant l'expertise (expertise psychiatrique, p. 45, cf. aussi p. 38). Le trouble dépressif léger récurrent (F32.0 ; depuis 2016) n'entraînait également aucune limitation fonctionnelle significative et objectivable (expertise psychiatrique, p. 38).

Le critère du succès du traitement, respectivement de la résistance au traitement, n'est guère pertinent dans le cas du recourant qui n'a pas bénéficié d'une thérapie adéquate et qui a refusé toute véritable pharmacologie (expertise psychiatrique, pp. 38, 46 et 51). Il y a lieu de constater que l'intéressé n'a de loin pas épuisé les opportunités thérapeutiques à sa disposition comme l'a constaté à juste titre l'expert qui a précisé des pistes à ce propos (expertise psychiatrique, p. 51). Il en va de même de l'indicateur relatif à la réadaptation chez un assuré dont la motivation pour des démarches de placement est apparue inexistante selon l'expert (expertise psychiatrique, p. 38).

bb) Dans l'axe "personnalité", le Dr Ex.P. _____ a constaté la présence d'un trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30) du fait de la présence de comportements durables et stables dans plusieurs secteurs du fonctionnement. Toutefois, il a rappelé que les ressources personnelles de l'intéressé étaient bonnes, qu'il arrivait à gérer seul son quotidien en l'absence de traitement psychiatrique intégré ou d'hospitalisation qui aurait pu plaider en faveur d'un trouble décompensé. Il a aussi souligné que ce trouble n'avait pas empêché le recourant de travailler à 100 % par le passé, ceci sans limitation (expertise psychiatrique, p. 38 et 39-42), le caractère impulsif n'étant pas un obstacle à l'exercice de l'activité habituelle qui ne nécessite guère d'interaction sociale.

cc) Au niveau du contexte social et sous réserve des problématiques inhérentes au trouble de la personnalité, l'expert a relevé que le recourant conservait des capacités et des ressources personnelles. Ainsi, si un isolement social partiel est retenu depuis 2016, force est de constater que l'intéressé a conservé de bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille et sa colocatrice (expertise psychiatrique, pp. 17-

18, 20 et 39). Sur le plan professionnel, on constate que l'activité habituelle ne requiert pas d'importantes interactions sociales (cf. expertise orthopédique, pp. 3-4), de sorte que d'éventuelles difficultés sur ce plan doivent être largement relativisées en vue d'une reprise d'emploi. L'isolement partiel relevé par l'expert ne saurait en tout état de cause empêcher une reprise dans l'activité habituelle qui nécessiterait toutefois une volonté de se réinsérer sur le marché du travail, facteur psychosocial qui doit être écarté dans le cadre de l'AI.

dd) Examinant l'uniformité des limitations dans tous les domaines de la vie, l'expert a constaté que le recourant conservait de bonnes capacités et ressources personnelles, ceci en dehors des activités lourdes (expertise psychiatrique, p. 39). La production volontaire de symptômes décrite par l'expert psychiatre dénote d'une évidente incohérence entre les plaintes subjectives du recourant et son status psychique, bien documenté (expertise psychiatrique, pp. 22-23, 39, 44-45 et 48). Or, de tels symptômes ne peuvent pas varier en fonction de l'intervenant en cas de maladie avérée (expertise psychiatrique, p. 48). Sur le même plan, l'intérêt particulier du recourant pour les aspects asséurologiques apparaît comme discordant avec un hypothétique trouble persistant (ibid.). Le déroulement de la journée type de l'expertisé (expertise psychiatrique, pp. 20-21) n'a pas laissé davantage transparaître de limitation qui soit incompatible, sur le plan psychique, avec l'exercice de l'activité habituelle bien décrite par le Dr Ex.O. _____ (manutention légère, administratif ; cf. expertise orthopédique, pp. 3-4). On comprend mal pourquoi le recourant, qui aimerait recevoir une rente AI entière (expertise psychiatrique, p. 13) pour des motifs psychiatriques, s'est inscrit au chômage au terme du versement des indemnités journalières de l'assurance-accidents (expertise psychiatrique, p. 48), ce qui est incompatible avec l'allégation d'une incapacité de travail totale. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'expert a estimé qu'il n'existait pas de limitations uniformes dans tous les domaines de la vie.

ee) Concernant l'évaluation du poids effectif des souffrances au regard de la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou

négligés, il y a lieu de constater que le recourant n'a pas entrepris un véritable traitement adéquat, qu'il a surtout consulté un psychiatre en vue d'obtenir une expertise privée et que l'expert esquisse des pistes pour un traitement axé sur la recherche des avantages secondaires (expertise psychiatrique, pp. 38, 46 et 51). Une augmentation de la fréquence des séances est d'ailleurs préconisée par le psychiatre traitant (cf. rapport du 17 novembre 2020), ce qui montre bien une compliance insuffisante. Quant à sa médecin traitante, l'intéressé ne l'a ni consultée des suites de l'accident (expertise orthopédique, p. 5) ni pour les atteintes à la santé d'ordre psychogène (expertise psychiatrique, p. 21). Dans ces circonstances, on ne peut que constater que le recourant n'a pas du tout mis à profit ses médecins, ce qui ne constitue pas un indice en faveur d'une atteinte psychiatrique incapacitante.

ff) Au final, l'expert Ex.P. _____ a apprécié comme il suit les ressources du recourant (expertise psychiatrique, p. 49) :

« Nous retenons des limitations fonctionnelles non objectivables et non significatives au moment de l'expertise qui n'ont pas évolué significativement depuis mars 2016 au présent en lien avec des troubles dépressifs récurrents légers sans indices jurisprudentiels de gravité remplis dans le contexte d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et d'une dépendance au cannabis : labilité émotionnelle, impulsivité, sans ralentissement psychomoteur significatif, sans aboulie, intolérance à la frustration, sans ruminations dépressives au quotidien, sans troubles de la concentration objectivables, sans anhédonie, sans isolement social total.

Le trouble de la personnalité émotionnellement labile de l'assuré contribue à une instabilité professionnelle et représente un frein à la réadaptation professionnelle en affaiblissant sa résistance au stress, bien qu'il ne soit pas incapacitant en soi depuis mars 2016. Les ressources restantes sont bonnes, chez un assuré peu motivé pour une réadaptation professionnelle. »

Cette appréciation est corrélée par l'analyse des indicateurs ci-dessus. Faute d'atteinte psychique invalidante, le Dr Ex.P. _____ a constaté à juste titre que le recourant bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle (expertise psychiatrique, p. 49). C'est ainsi en vain et sans objectiver ses allégations que l'intéressé prétend souffrir d'atteintes psychiques avec répercussion sur sa capacité de travail

dans son activité habituelle dès lors qu'aucun indicateur ne permet de mettre en lumière le moindre élément allant dans ce sens.

En définitive, l'expertise du Dr Ex.P._____ est elle aussi pleinement probante. Elle satisfait aux critères jurisprudentiels. L'évaluation de l'état de santé et la répercussion des atteintes sur la capacité de travail font l'objet d'une étude circonstanciée. Le rapport se fonde sur une analyse complète de la situation du recourant et prend en considération ses plaintes et les avis médicaux au dossier. Ses conclusions sont claires, motivées et ne souffrent pas de contradictions.

d) Le fait que le recourant allègue qu'il serait « *inconcevable* » qu'il existe une telle divergence entre les diagnostics incapacitants retenus par son psychiatre traitant, et l'absence totale d'atteinte psychiatrique retenue par le Dr Ex.P._____, ne permet en particulier pas de remettre en cause l'appréciation probante de ce dernier. Les conclusions différentes du psychiatre traitant ne sont pas de nature à remettre en cause les constatations de l'expert qui avait connaissance de l'ensemble des aspects du dossier et les a pris en compte dans son évaluation. Il convient de souligner que dans son rapport du 17 novembre 2020, ce dernier estime qu'une augmentation de la fréquence des séances était nécessaire pour préciser le diagnostic. Cela montre que les rapports des S._____ doivent être appréciés avec la plus grande réserve. Les diagnostics retenus par la Dr T._____ peuvent ainsi être écartés. L'expert psychiatre a expliqué les motifs le conduisant à exclure un trouble dépressif incapacitant (rapport du 16 février 2021 du Dr T._____), ne retenant qu'un trouble dépressif récurrent léger (cf. expertise, pp. 31-34 et les précédentes). Le Dr Ex.P._____ a de plus montré que les limitations de capacité fonctionnelle du recourant d'exécuter ses tâches reposent pour partie sur une exagération, voire plutôt sur la production volontaire de plaintes.

Par ailleurs, la Dre L._____ du SMR a mis en lumière que l'intensité sévère estimée par le Dr T._____ ne s'appuyait que sur les résultats des échelles psychométriques (Hamilton à 28 le 7 octobre 2020

alors que l'expert obtenait un score de 15 au mois de juillet 2020), sans présenter les critères diagnostics permettant de confirmer l'intensité sévère, et que la symptomatologie psychotique ne se fondait que sur la notion d'idées persécutives, non décrites, tandis que l'expert avait argumenté sa position (avis SMR du 11 mars 2021). En outre, la Dre L._____ a - elle aussi - souligné la contradiction entre les diagnostics retenus et l'absence de prise en charge psychiatrique avant 2020 dans le contexte d'une prise de contact aux S._____ à la demande de l'avocat du recourant suite à un conflit avec l'assureur LAA (ibid.). La motivation de la décision litigieuse se fonde sur cet avis, de sorte qu'elle échappe à toute critique.

Le Dr Ex.P._____ a exposé avec soin pourquoi il retenait que le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif était actuellement non décompensé (consid. 9b/cc ci-dessus et expertise psychiatrique, p. 42). Sous l'angle de la personnalité, il n'est pas rendu vraisemblable que celle-ci ait subi des modifications à la suite d'une catastrophe comme l'écrit le Dr T._____ dans ses rapports des 17 novembre 2020 et 16 février 2021. Comme le relève à bon escient la Dr L._____ du SMR, l'expérience de catastrophe selon la CIM-10 doit être majeure ce qui ne correspond pas aux circonstances de l'accident (cf. rapport de police du 1^{er} juillet 2016) de la circulation en cause, étant relevé qu'aucun des critères de la CIM-10 n'est retenu par l'expert.

On voit au demeurant mal que l'expert n'aurait pas « *sérieusement tenu compte* » des plaintes du recourant dans sa sphère de compétence comme il l'allègue. Celles-ci sont dûment listées (expertise psychiatrique, pp. 13-14). Il n'indique du reste pas quelles plaintes n'auraient pas été prises en compte, se limitant à une formulation générale. De même, le grief selon lequel l'intimé n'aurait pas suffisamment instruit son dossier doit être écarté, pour les motifs indiqués ci-avant en présence d'une expertise probante. Il y a enfin lieu de considérer que le recourant a disposé de suffisamment de temps pour produire l'expertise privée qu'il annonçait dans son recours du 10 mai 2021.

e) Les conclusions de l'expert psychiatre, convaincantes, peuvent être suivies, de sorte qu'il y a lieu de retenir que le recourant bénéficie - sur le plan psychiatrique - d'une capacité de travail de 100 % dans toutes activités et singulièrement dans son activité habituelle (manutention légère, administratif).

10. Il résulte de ce qui précède que l'OAI pouvait conclure, sur la base des expertises des Drs Ex.O._____ et Ex.P._____, que celles-ci établissent, au degré de la vraisemblance prépondérante applicable en droit des assurances sociales, une amélioration notable de l'état de santé du recourant au sens de l'art. 17 LPGA sur le plan orthopédique depuis le mois de mars 2018, respectivement une absence d'atteinte incapacitante sur le plan psychique, et que l'intéressé présente ainsi une capacité de travail de 100 % dans toute activité depuis lors et singulièrement dans son activité habituelle (manutention légère, administratif). Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé a mis un terme au versement de la rente d'invalidité trois mois après l'amélioration notable de l'état de santé du recourant (cf. consid. 4c ci-dessus), soit le 31 mai 2018.

11. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 du recourant, vu le sort de ses conclusions.

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

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 25 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de R. _____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- R. _____ (recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :