

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juillet 2022

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

Q. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Lehmann, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 16 et 17 LPGA ; 28 et 28a LAI ; 87 al. 2 et 3 et 88a al. 1 RAI.

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé comme technicien de maintenance dans le domaine de l'installation et du contrôle d'extincteur auprès de M._____ SA à compter du 5 septembre 2008.

En incapacité de travail dès le 7 décembre 2011 en raison d'un burn-out sévère, l'assuré a déposé, en date du 8 mai 2012, une demande tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité et de mesures professionnelles auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé).

Par décision du 9 octobre 2012, l'Office AI a refusé toute prestation d'assurance à l'assuré, celui-ci ayant repris son activité habituelle à 50 % dès le 4 juin 2012, respectivement à 100 % à compter du 2 février 2012.

B. Par nouvelle demande de prestations du 14 mars 2013, l'assuré a fait valoir auprès l'Office AI une péjoration de son état de santé et une totale incapacité de travail à compter du 11 octobre 2012.

Dans le cadre de l'examen de sa demande, l'assuré a bénéficié de plusieurs mesures d'ordre professionnel octroyées par l'Office AI (cf. communications des 27 août 2014, 4 décembre 2014, 25 février 2015, 3 juin 2015, 6 octobre 2015, 29 janvier 2016 et 2 mai 2016). En particulier, ledit office a pris en charge les frais d'une formation d'opérateur en horlogerie que l'assuré devait effectuer auprès de l'Orif de [...] du 15 août 2016 au 31 juillet 2017 (cf. communication du 20 juin 2016).

Dans le cadre de cette formation, l'assuré a, en date du 4 octobre 2016, été bousculé par l'un de ses collègues et est tombé dans des buissons épineux. Cet accident et ses suites ont été prises en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Dans un rapport du 28 avril 2017, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué une lésion partielle du tendon supra-épineux et de la partie haute du tendon sous-scapulaire avec tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule gauche post-traumatique. Selon lui, un travail dans l'horlogerie était contre-indiqué, car l'assuré était amené à mobiliser son épaule de manière répétée au niveau du buste, engendrant un risque important de décompensation douloureuse au niveau de l'épaule et du rachis cervico-dorsal.

Dans un rapport complémentaire du 14 juin 2017, le Dr V._____ a considéré que, dans une activité adaptée, sans port de charges de plus de 2 à 5 kg, sans mobilisation répétitive de l'épaule et sans mobilisation de ladite épaule au-dessus du buste, l'assuré était totalement apte au travail.

A teneur de son rapport final du 11 juillet 2017, l'Orif a mis un terme à la formation de l'assuré au 28 mai 2017, en raison de son état de santé.

Par communication du 12 décembre 2017, l'Office AI a pris en charge les coûts d'un stage de conseiller en vente automobile, lequel devait s'effectuer auprès de F._____ SA entre le 8 janvier et le 7 juillet 2018.

Le 19 mars 2018, l'assuré a interrompu son stage.

Dans un rapport du 3 mai 2018, les Dres G._____ et O._____, respectivement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin assistante auprès du Centre J._____, ont retenu que, sur le plan psychique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et était envisageable dans une activité adaptée, en cas de rémission du syndrome douloureux actuel.

Dans un rapport du 4 mai 2018, le Dr A._____, médecin praticien, a diagnostiqué des omalgies droites post-traumatiques depuis le 4 octobre 2016 et un état anxiodépressif probablement inchangé depuis 2015. Il a indiqué que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, respectivement de 50 % dans une activité adaptée depuis le 4 octobre 2016, les limitations fonctionnelles consistant à éviter le port de charges excessives, soit de plus de 5 kg, le travail avec les bras au-dessus des épaules et les mouvements répétitifs des épaules.

En date du 17 juillet 2018, l'assuré s'est inscrit en qualité de demandeur d'emploi auprès de l'Office régional de placement (ci-après : l'ORP) de [...], mentionnant être disponible à 20 % dès le 1^{er} août 2018.

L'Office AI a confié une expertise psychiatrique au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 31 janvier 2019, cet expert a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte, en rémission à un niveau très léger, une accentuation de certains traits de personnalité – surtout sous forme narcissique – et des troubles mentaux et du comportements liés à l'utilisation de sédatifs et hypnotiques, utilisation continue sous prescription médicale. Il a conclu qu'il existait une incapacité de travail totale jusqu'à la fin des mesures professionnelles de l'assurance-invalidité, mais qu'à compter de l'inscription à l'assurance-chômage de l'expertisé au mois de juillet 2018, sa capacité de travail était entièrement retrouvée dans une activité adaptée, à savoir « normalement structurée, avec un cahier des charges défini, un environnement normalement bienveillant ». En annexe, l'expert a notamment joint un rapport du 24 avril 2018 du Dr V._____.

En parallèle, dans un arrêt du 11 octobre 2019 (AA 23/19 – 131/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a rejeté le recours introduit par l'assuré à l'encontre d'une décision sur opposition du 8 janvier 2019 de la CNA, par laquelle celle-ci confirmait le refus d'une rente d'invalidité et l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %.

Par décision du 26 mai 2021 – laquelle avait fait l'objet d'un projet préalable de décision le 28 janvier 2020 –, l'Office AI a octroyé une rente d'invalidité entière à l'assuré entre le 1^{er} octobre 2013 et le 31 octobre 2018, considérant que celui-ci avait recouvré, dès le 2 septembre 2018, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles (activités légères ne nécessitant jamais le port de charges, même très légères [jusqu'à 5 kg], au-dessus du buste et ne supposant en général que rarement le port de charges très légères jusqu'au niveau des hanches ; activité normalement structurée, avec un cahier des charges défini ; un environnement normalement bienveillant), telle que dans la production légère ou la vente.

C. **a)** Par acte du 30 juin 2021, Q._____, représenté par son conseil, Me Alexandre Lehmann, avocat à Lausanne, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 26 mai 2021, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2018. Il a fait valoir qu'une expertise devait être mise en œuvre, dans la mesure où le rapport d'expertise du 31 janvier 2019 du Dr P._____ n'était pas probant, et contesté le revenu avec invalidité retenu par l'office intimé.

b) Dans sa réponse du 24 août 2021, l'Office AI a conclu au rejet du recours, se prévalant de la valeur probante du rapport d'expertise du 31 janvier 2019.

c) Répliquant le 18 octobre 2021, Q._____ a confirmé ses conclusions et arguments du 30 juin 2021.

d) Le 1^{er} novembre 2021, le Juge instructeur a requis la production du dossier constitué par la CNA.

e) Le 18 novembre 2021, Q._____ a produit un rapport du 27 juillet 2021 du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie auprès du Centre J._____, lequel retenait les diagnostics

de troubles anxieux et dépressif mixtes, de traits de personnalité, type narcissique, et de syndrome de dépendance aux hypnotiques, utilisation continue. Ce médecin estimait qu'actuellement, la capacité de travail semblait être avant tout diminuée par l'atteinte somatique, qu'il n'avait pas la compétence d'évaluer. D'un point de vue psychiatrique, son patient était probablement apte à exercer une activité adaptée, laquelle restait à définir ; il était néanmoins nécessaire qu'il reprenne à un taux faible (20 à 40 %), lequel pouvait être éventuellement adapté progressivement. Finalement, ce médecin ne retrouvait pas, outre les éléments juridiques et assécurologiques mentionnés par le conseil de Q. _____ et quelques approximations concernant la vie de ce dernier, d'erreurs d'appréciation ou de lacunes dans l'évaluation du Dr P. _____.

f) Par courrier du 15 décembre 2021, l'Office AI a produit un avis du 8 décembre 2021 de son Service Médical Régional (ci-après : le SMR).

g) Q. _____ s'est encore déterminé en date des 16 décembre 2021 et 19 janvier 2022.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si son état de santé s'est amélioré - de manière à influencer son droit à la rente - à compter du mois de juillet 2018.

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 (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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

6. a) 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).

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. a) En l'occurrence, il est constant qu'entre les mois d'octobre 2012 et juillet 2018, le recourant était en incapacité de travail complète dans toute activité lucrative, élément sur lequel les parties s'accordent. Est litigieuse l'évolution de l'état de santé du recourant dès le mois de juillet 2018.

b) Sur le plan somatique, le recourant a présenté, à la suite de l'événement accidentel du 4 octobre 2016, des lésions partielles de la coiffe des rotateurs, une tendinopathie du long chef du biceps de l'épaule gauche et une légère bursite sous acromio-deltoïdienne (cf. rapport du 28 avril 2017 du Dr V._____).

Le Dr V._____ a estimé, dans ses rapports des 14 juin 2017 et 24 avril 2018, que le recourant était apte à travailler à 100 % dans une activité adaptée à certaines limitations fonctionnelles, lesquelles consistaient à éviter le port de charges de plus de 2 à 5 kg, la mobilisation répétitive de l'épaule droite et toute mobilisation de ladite épaule au-dessus du buste. Pour sa part, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a également considéré, à l'issue de

son examen final du 11 juin 2018, que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans port de charges moyennes, sans mouvement des bras en porte-à-faux et sans mouvement en hauteur ; son examen clinique lui a permis de constater que l'épaule gauche était largement indolore et avait une bonne mobilité. Tant le Dr V._____, dans sa prise de position du 18 septembre 2018, que le Dr B._____, dans son rapport du 15 avril 2019, ont confirmé leur précédente appréciation, le Dr B._____ précisant à cet égard que leur opinion convergeaient en ce sens que le recourant pouvait travailler en plein dans une activité légère, de type industriel, exercée à hauteur de table ou d'établi.

Il découle de ce qui précède que le recourant dispose, sur le plan somatique, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à tout le moins, depuis l'examen final du 11 juin 2018 du Dr B._____. Au surplus, il ne se plaint d'aucune autre atteinte sur le plan somatique dont il y aurait lieu d'examiner l'incidence sur la capacité de travail.

c/aa) Sur le plan psychiatrique, l'expertise du 31 janvier 2019 du Dr P._____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels en la matière.

En effet, l'expert a rencontré le recourant, a intégralement examiné son dossier médical et est revenu sur son historique familial, personnel, _____ professionnel - en particulier sur les mesures professionnelles mises en œuvre par l'intimé -, social et affectif. Il s'est renseigné sur ses loisirs, ses activités quotidiennes et sur son emploi du temps. Le rapport d'expertise contient par ailleurs une description minutieuse des plaintes du recourant, que celles-ci portent sur les atteintes psychiatriques ou somatiques. Il y a ainsi lieu de constater que l'anamnèse effectuée est complète.

L'expert a posé ses diagnostics dans les règles de l'art, retenant un trouble anxieux et dépressif mixte, en rémission à un niveau très léger, une accentuation de certains traits de personnalité - surtout

sous forme narcissique - et des troubles mentaux et du comportements liés à l'utilisation de sédatifs et hypnotiques, utilisation continue sous prescription médicale. Pour ce faire, il a confronté les plaintes du recourant - lesquelles étaient centrées sur l'atteinte à l'épaule et ses suites - à ses constatations objectives. Il a exposé que le recourant était en majeure partie euthymique, qu'il n'y avait pas de tristesse significative, que l'énergie vitale était bien présente, qu'un certain nombre d'ouvertures pour les choses de la vie était présent et qu'un accès au plaisir était mentionné. A travers le mode de fonctionnement décrit dans la réalité par le recourant, il n'y avait aucun indice pour la présence d'une anxiété généralisée ni empêchement d'activités. De même, l'application de l'échelle de dépression MADRS (Montgomery-Asberg depression rating scale) montrait une valeur rassurante, en-dessous du seuil clinique, et un monitoring médicamenteux mettait en évidence une observance correcte de l'antidépresseur prescrit, ce qui participait clairement à l'état thymique équilibré et, indirectement, à l'abaissement du problème anxieux. En définitive, la situation était très largement compensée et, s'il existait certes des sensibilités anxieuses et thymiques, elles étaient proches de ce que l'on retrouvait dans une population normale.

L'expert a examiné la situation à la lumière des différents indicateurs posés par la jurisprudence, faisant notamment état des nombreuses ressources du recourant, dont une très bonne aptitude à la communication et de bonnes capacités à respecter un cadre, à s'adapter et à s'organiser, lesquelles lui permettaient de retrouver des activités diverses, telles que celles exercées auparavant et pour lesquelles il avait montré une certaine polyvalence. En parallèle, des limitations fonctionnelles significatives n'avaient pas été mises en évidence. Il existait par ailleurs une relativement bonne cohérence et l'application des mesures thérapeutiques avait apporté des améliorations significatives.

En résumé, l'appréciation de l'expert est précise, circonstanciée et dûment motivée. Par conséquent, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'expertise établie par le Dr P._____, laquelle retient une pleine capacité de travailler dans une activité « normalement structurée,

avec un cahier des charges défini, un environnement normalement bienveillant » à partir du mois de juillet 2018. En effet, rien au dossier ne justifie qu'une autre date soit prise en compte, laquelle correspond à l'inscription du recourant au chômage. Nonobstant la question des circonstances dans lesquelles le recourant s'est inscrit au chômage ou du taux auquel ce dernier était disponible, l'expert a souligné que cette période correspondait également à des changements dans la vie personnelle du recourant, puisqu'il était alors entré dans une nouvelle relation sentimentale. Cette relation était vécue positivement par le recourant, sa nouvelle compagne représentant un soutien, et les activités familiales et domestiques étaient entièrement et très positivement assumées.

bb) Ces constatations ne sauraient être remises en cause par les différents rapports établis par les médecins traitants du recourant.

L'appréciation du 4 mai 2018 du Dr A._____, selon laquelle la capacité de travail du recourant serait de 50 % dans une activité adaptée à compter du 4 octobre 2016, n'est que brièvement motivée et ne fait pas état de constatations objectives qui justifieraient une capacité de travail limitée. Pour leur part, les Dres G._____ et O._____, dans leur rapport du 3 mai 2018, ne retiennent pas autre chose que l'expert, dans la mesure où elles estiment que le tableau psychique est exacerbé par le syndrome somatique et qu'une activité adaptée serait envisageable en cas de rémission du syndrome douloureux. Quant au Dr X._____, dans son rapport du 27 juillet 2021, il retient des diagnostics similaires à ceux posés par l'expert et ne fait mention d'aucun élément clinique qui plaide objectivement dans le sens d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis l'expertise ; il considère d'ailleurs que l'expertise ne contient, hormis quelques détails, aucune erreur d'appréciation et souligne que la capacité de travail est, à son avis, limitée par l'atteinte somatique, expliquant que, sur le plan psychique, le recourant « est probablement apte à exercer une activité adaptée », moyennant une reprise progressive.

d) En conclusion, la capacité de travail du recourant est complète depuis le mois de juillet 2018 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques et psychiques. C'est le lieu de préciser que la décision attaquée mentionne par inadvertance une amélioration de la capacité de travail intervenue au mois de septembre 2018 ; il s'agit à l'évidence d'une erreur de retranscription des informations ressortant de la fiche d'examen du droit à la rente établie le 22 janvier 2020 par l'intimé, laquelle se réfère correctement aux conclusions de l'expertise susdite (cf. avis SMR du 22 mai 2019).

8. Il reste à examiner le taux d'invalidité du recourant.

a/aa) 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

cc) Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans

par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

b) En l'occurrence, compte tenu d'une incapacité de travail totale dans toute activité entre les mois d'octobre 2012 et juillet 2018, le degré d'invalidité se confond avec cette incapacité pour cette période et s'élève à 100 %, sans qu'il ne soit nécessaire de procéder à une comparaison de revenus précisément chiffrée.

c) S'agissant du taux d'invalidité dès le mois de juillet 2018, le revenu sans invalidité de 81'512 fr. n'est, à juste titre, pas remis en cause

par les parties, l'intimé s'étant fondé sur les informations ressortant du rapport de l'employeur du 6 août 2012.

Quant au revenu avec invalidité, il a été correctement arrêté à 67'766 fr. 67, sur la base d'un salaire mensuel de 5'417 fr. ressortant de l'ESS pour l'année 2018 (tableaux TA1_skill_level, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, homme) calculé sur 41.7 heures de travail hebdomadaire pour un taux d'activité de 100 %. L'intimé y a appliqué un taux d'abattement supplémentaire de 10 %, compte tenu des limitations fonctionnelles du recourant. Ce faisant, il a correctement tenu compte des circonstances du cas d'espèce et n'a pas abusé de son pouvoir d'appréciation en la matière, le recourant ne pouvant se prévaloir d'aucun facteur supplémentaire qui permettrait de fixer le taux d'abattement à un niveau supérieur. Cela étant, le revenu avec invalidité s'élève à 60'990 fr. (67'766 fr. 67 - 10 %).

Par conséquent, le taux d'invalidité du recourant à compter du mois de juillet 2018 est de 25.18 %, arrondi à 25 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

d) Sur le vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a octroyé une rente d'invalidité complète limitée dans le temps entre le 1^{er} octobre 2013 (cf. art. 28 al. 1 let. c et 29 al. 1 LAI) et le 31 octobre 2018 (cf. art. 88a al. 2 RAI).

9. Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1), il n'y a pas lieu de mettre en œuvre les mesures d'instruction requises par le recourant (expertise judiciaire bi-disciplinaire avec volets orthopédique et psychiatrique ; audition personnelle ; production du dossier constitué par la Caisse cantonale de chômage). Quant à sa requête tendant à la tenue de débats publics, elle a été retirée en date du 15 février 2022.

10. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse 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. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Alexandre Lehmann peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 15 février 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient de la fixer à 2'256 fr. 05, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

e) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 [CPC ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

**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 26 mai 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de Q. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué d'indemnité de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Alexandre Lehmann est fixée à 2'256 fr. 05 (deux mille deux cent cinquante-six francs et cinq centimes), débours et TVA compris, et provisoirement supportée par l'Etat.
- VI. Q. _____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC (applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office de Me Alexandre Lehmann, mis provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Lehmann (pour Q. _____),
- 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 :