

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Feusi et M. Reinberg, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant, représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Par décision du 22 novembre 1999, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de rente (extraordinaire) déposée le 21 juin 1996 par A. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant kosovar né en [...], droitier, qui avait été blessé par balle à l'avant-bras droit le 28 novembre 1989 et présentait depuis un handicap à ce membre, au motif que le taux d'invalidité (21 %) n'ouvrait pas droit à cette prestation. Par jugement du 28 novembre 2000 (TASS AI 9/00 - 262/2000), le Tribunal des assurances vaudois (TASS ; depuis le 1^{er} janvier 2009, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) a rejeté le recours interjeté le 7 janvier 2000 par l'assuré et confirmé la décision de refus de l'OAI. Cet arrêt n'a pas été contesté.

Par décision du 20 janvier 2000 en force, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des mesures d'ordre professionnel (reclassement).

B. a) Le 9 mars 2016, A. _____ a déposé une seconde demande de prestations, tendant à l'octroi d'une rente, auprès de l'OAI.

Le 30 septembre 2015, exerçant la profession de concierge technique à plein temps depuis le 1^{er} janvier 2014 pour le compte de la société A. _____ SA, à [...], l'assuré a été victime d'un accident professionnel (choc direct au genou droit contre un container) qui s'est soldé par la mise en évidence, à l'IRM (imagerie par résonance magnétique) du genou droit du 26 octobre 2015, d'une chondropathie de grade II tricompartimentale, à savoir des deux condyles fémoraux ainsi que de la patella (facette médiale, latérale et crête), et la découverte d'une petite bursite du ligament collatéral médial (rapport d'IRM du 26 octobre 2015 de l'Institut d'[,...], à [...]). Le traitement a consisté en de la physiothérapie avec des auto-exercices quotidiens à réaliser à domicile (rapport du 4 février 2016 des médecins du Département de l'appareil locomoteur et médecine du sport à l'Hôpital orthopédique du CHUV). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA)

a pris en charge le cas ainsi qu'K._____ SA (ci-après : K._____), assureur perte de gain.

De son côté, la société A._____ SA a résilié les rapports de travail la liant à l'assuré pour le 31 juillet 2016.

L'OAI a recueilli des informations et documents auprès du médecin traitant de l'assuré (rapport du 17 octobre 2016 du Dr W._____, spécialiste en médecine générale), ainsi que son dossier auprès de son assureur perte de gain K._____ - dont un rapport d'expertise du 17 octobre 2016 du DrD._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, mandaté expert par l'assurance perte de gain, retenant les diagnostics de séquelles de blessures par balle (1989) au niveau du MSD (membre supérieur droit), de status après une contusion de la face interne du genou droit (septembre 2015) ainsi que d'obésité, et concluant à une pleine capacité de travail de l'assuré dans son métier de technicien de surface dès le 1^{er} novembre 2016. Après la CNA, qui avait cessé de prester avec effet au 23 mai 2016 et confirmé une capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle à 50 % dès le 22 février 2016 (décision du 9 mai 2016), K._____ a, sur la base de certificats médicaux idoines, finalement décidé la fin du service de ses prestations d'assurance au 30 juin 2017 (décision du 21 février 2017).

Par avis du 16 août 2017, le Dr N._____, spécialiste en médecine du travail, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que si l'activité habituelle n'était plus exigible, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : « inapte marche prolongée, station debout prolongée, travail à genoux ou accroupi, port de charges, travail au froid »), l'assuré bénéficiait d'une capacité de travail de 100 % « depuis au moins le 01.11.16 ». Le médecin-conseil basait son analyse sur les conclusions de son confrère le Dr D._____ ainsi que sur l'examen du 12 février 2016 du médecin d'arrondissement de la CNA mettant en évidence une très légère boiterie à la marche avec la mobilité complète du genou.

Également nanti du point de vue de son service de réadaptation professionnelle (« REA – Rapport final » du 4 décembre 2017), dans un projet de décision du 6 décembre 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, du 1^{er} septembre 2016 au 31 janvier 2017. Se référant à l'avis du médecin du SMR, il a considéré qu'après une incapacité de travail totale en toute activité depuis le 30 septembre 2015, l'état de santé de l'intéressé lui avait permis de recouvrer une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses restrictions fonctionnelles (*pas de marche prolongée, pas de station debout prolongée, pas de travail à genoux ou accroupi, pas de port de charges, pas de travail à froid*) depuis le 1^{er} novembre 2016, amélioration qui mettait fin au droit à la rente trois mois plus tard, à savoir le 31 janvier 2017. Cette décision était fondée sur le rapport d'expertise du 17 octobre 2016 du Dr D._____.

Malgré les objections de l'assuré des 21 et 29 août 2018 avec la production d'un certificat médical du 1^{er} février 2018 du Dr W._____, l'OAI a, par décision du 5 novembre 2018, confirmé son préavis du 6 décembre 2017, octroyant à l'assuré une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} septembre 2016 au 31 janvier 2017.

b) Saisie d'un recours du 7 décembre 2018 de l'assuré, représenté par Me Anne-Louise Gillières, concluant à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que l'intéressé a droit à une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps, la Cour de céans a, par arrêt du 4 juin 2019 (AI 389/18 - 170/2019), admis le recours précité, annulé la décision rendue le 5 novembre 2018 par l'OAI et renvoyé la cause à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. La Cour de céans a notamment considéré ce qui suit :

“6. [...]

b) A l'examen, il ressort que dans son rapport médical du 17 octobre 2016, le Dr W._____ précisait que les lésions anciennes de son patient à l'avant-bras droit n'avaient pas évolué mais la tendance à la chronification voire à l'aggravation des pathologies récentes laissaient craindre un pronostic défavorable. Dans un avis médical du 2 février 2018 (pièce 15), le SMR estime pour sa part,

que le rapport médical ne démontre pas d'aggravation. Le 29 août 2018, dans le cadre de la procédure d'audition, le nouveau conseil de l'assuré transmet à l'OAI un rapport médical du 1^{er} février 2018 du Dr W._____, lequel précise que l'état de santé de son patient s'est aggravé au niveau du rachis lombaire, d'une tendinopathie de l'épaule gauche et d'arthrose dans les mains notamment au niveau de l'articulation TM (Trapézo-Métacarpienne) gauche. Son avocate requiert par conséquent une investigation sur ce plan. Pour toute réponse, l'AI indique le 3 septembre 2019 que « les indications fournies par ce dernier [le Dr W._____] ont déjà fait l'objet d'un examen approfondi par le Service Médical Régional dans le cadre de la contestation de notre projet de décision du 6 décembre 2017 », ajoutant que « dès lors, ladite attestation n'est pas de nature à modifier notre position ». Au vu des éléments contenus dans le dossier, la Cour de céans constate que contrairement à ce qu'affirme l'OAI, le certificat médical du 1^{er} février 2018 remis à l'OAI par l'assuré le 29 août 2018 n'a en réalité pas été soumis au SMR pour prise de position sur l'aggravation de l'état de santé somatique annoncée depuis 2016 par le médecin traitant, l'avis médical SMR datant du 2 février 2018.

c) En l'occurrence, le raisonnement du SMR, respectivement de l'intimé, n'apparaît pas convaincant et ne saurait être partagé, dans la mesure où l'instruction diligentée sur le plan médical doit être qualifiée de lacunaire. En effet, à la lecture des renseignements fournis par son médecin traitant, l'état de santé du recourant semble s'être péjoré depuis l'expertise rhumatologique remontant à octobre 2016 du Dr D._____, en ce sens que l'intéressé présente désormais des douleurs dues à une arthrose trapézo-métacarpienne au niveau de la main gauche attestée par le Dr Q._____ en 2017 en raison de la compensation et du surmenage résultant de l'impotence relative de la main droite. Une infiltration n'a pas amélioré la pathologie et une intervention est envisagée, mais pour l'instant refusée par le recourant (rapports des 6 février et 9 mars 2017 du Dr Q._____).

A cela s'ajoutent une atteinte complète du nerf médian de l'avant-bras droit sensitive et motrice sur une plaie par balle, membre qualifié d'inutilisable par la Dresse E._____ faute de pouvoir faire la pince (rapport du 29 novembre 2016 de ce neurologue), une atteinte à l'épaule gauche et au rachis lombaire (cf. rapport de radiographies du 3 octobre 2017 du Dr R._____). Cela étant, en l'état du dossier, il est prématuré de déterminer si ces atteintes sont avérées, si elles ont ou non des répercussions en termes de capacité de travail et éventuellement valeur d'invalidité au sens requis par la jurisprudence fédérale précitée. Etant donné les carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical, il n'est pas possible de statuer sur le maintien ou non du droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 janvier 2017.

7. [...]

b) En l'occurrence, si le certificat médical du 1^{er} février 2018 du médecin traitant est très succinct et n'empporte pas la conviction, il sied de constater que les rapports des 6 février et 9 mars 2017 du Dr Q._____ - que le recourant a produit au stade du recours - ont

mis en évidence la nécessité d'une instruction complémentaire sur le plan somatique, faute pour ce praticien de s'être prononcé sur la capacité de travail de l'intéressé. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de réunir les rapports médicaux nécessaires, ainsi que de mettre en œuvre toutes autres mesures jugées utiles, afin de déterminer la nature de l'atteinte à la santé du recourant au membre supérieur gauche, ainsi que les éventuelles répercussions sur sa capacité de travail compte tenu des diagnostics déjà retenus entraînant des limitations fonctionnelles. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision. [...]"

C. Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a recueilli divers rapports médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré.

Dans un rapport du 29 août 2019 à l'OAI, le Dr W._____ a répondu à un questionnaire adressé dans l'intervalle par cet office. Il en ressort ce qui suit :

"1. Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- Séquelles d'une lésion neurovasculaire du MSD [membre supérieur droit]
- Gonarthrose bilatérale D>G
- Arthrose cervicale avec cervicobrachialgies C6 à droite
- Rizarthrose trapèze-métacarpe main gauche

2. Evolution :

Depuis mon dernier rapport du 17.10.2016, les anciennes pathologies se sont aggravées et de nouvelles pathologies sont apparues (voir ci-dessus).

3. Capacité de travail AH [activité habituelle] :

Avant 1979 le patient était pompier professionnel et après son arrivée en Suisse il a travaillé comme nettoyeur. Dans ces deux activités, la capacité de travail est nulle depuis le 1^{er} novembre 2016.

4. Capacité de travail AA [activité adaptée] :

Le patient est droitier et a perdu la motricité fine de sa main droite en 1989. Depuis 2016 il a perdu la capacité pour les travaux de force aux quatre membres de sorte qu'il n'y a plus d'activité adaptée à son état actuel.

Je vous rappelle qu'une évaluation par vos services avait été proposée, à laquelle l'AI a renoncé !

5. Limitations fonctionnelles :

Voir ci-dessus.

6. Incapacité de travail :

IT [incapacité de travail] à 100% dès le 01.11.2016

7. Traitement :

AINS en réserve, physiothérapie.

8. Suivi psychiatrique :

Monsieur A._____ est en bonne santé psychique et ne nécessite aucune prise en charge psychologique.

9. Activité journalière :

Ce genre de renseignement ne figure pas dans mon dossier.

10. Ressources disponibles :

Idem.

11. Autres remarques :

Rapport joint.”

Dans un rapport du 13 septembre 2019 à l'OAI, la Dre G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur ainsi qu'en chirurgie de la main, succédant au Dr Q._____, a indiqué que l'assuré pouvait utiliser sa main droite uniquement pour stabiliser des objets, que le travail de force était impossible en raison des douleurs au pouce gauche, et qu'un travail accroupi ou sur les genoux était impossible. Devant l'imprévisibilité d'une éventuelle amélioration de l'état de la main gauche, la poursuite de l'activité habituelle de concierge était compromise. Indiquant que son patient ne disposait pas de ressources utiles pour sa réinsertion et que son épouse accomplissait la totalité des travaux ménagers, ce médecin ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée au handicap physique. Le traitement consistait en la prise d'Olfen® 50 mg (2-4x/j.), de Nexium® 20 mg (1x/j.) et de Tilur® retard (en réserve).

Le 1^{er} octobre 2019, la Dre E. _____ a adressé à l'OAI un rapport aux termes duquel elle a posé les diagnostics d'arthrose trapézo-métacarpienne gauche sévère invalidante, de blessure par balle au Kosovo en 1989 avec, malgré plusieurs opérations, une atteinte complète du nerf médian à l'avant-bras et touchant aussi le nerf interosseux antérieur, perte de la pince pouce-index, anesthésie et douleurs neuropathiques des doigts 1 - 3, de gonalgies bilatérales sur arthrose, d'arthrose cervicale, de migraine sans aura et d'état dépressif. Lors de son examen du 23 septembre 2019, cette neurologue a constaté une atteinte complète du nerf médian à l'avant-bras avec parésie M2 CAP, M0 fléchisseurs commun superficiels des doigts, rond pronateur, fléchisseurs profonds des doigts 2 - 3, long fléchisseur du pouce, et anesthésie douloureuse dans le territoire du nerf median (doigts 1 - 3 face palmaire, thénar) et branche sensitive du nerf radial aussi. Du côté gauche, des lâchages antalgiques multiples à l'examen de la force sans parésie systématisée. La main droite était complètement inutilisable en raison de l'atteinte complète du nerf médian, de la perte de la pince et des douleurs neuropathiques. Il existait également des douleurs sévères du pouce gauche sur rhizarthrose (ou arthrose trapézo-métacarpienne) sévère. L'assuré n'était plus en mesure d'ouvrir un bocal ou une bouteille, avait des difficultés à s'habiller, remonter le pantalon et ne pouvait plus lacer les chaussures, ni porter avec la main gauche. A cela s'ajoutait une distance de marche à 30 minutes et des douleurs à la montée des escaliers, des troubles du sommeil ainsi qu'un syndrome dépressif. La Dre E. _____ attestait une incapacité de travail totale dans toute activité au vu de la polymorbidité.

Dans un rapport du 12 novembre 2019 adressé à l'OAI, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, chirurgie de la main, consulté à une seule reprise le 27 novembre 2018, a estimé que l'assuré pourrait travailler à raison de 4 - 6 heures par jour dans une activité adaptée (travail très léger). Selon un rapport du 3 décembre 2018 adressé à l'assuré, joint par ce médecin, si la main droite était inutilisable depuis l'accident de l'avant-bras, la rhizarthrose qui s'était développée à la main gauche de manière douloureuse devait être traitée par une opération chirurgicale ; il convenait toutefois d'attendre encore compte tenu que

cette seule main restait utilisable afin « qu'on puisse bien préparer au niveau d'une aide familiale ».

Le 7 janvier 2020, la Dre Z._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, médecin associée du Service de rhumatologie de l'Hôpital orthopédique du CHUV, a posé les diagnostics suivants ayant une incidence sur la capacité de travail :

- “• Gonarthrose bilatérale prédominant à droite.
- Arthrose trapézo-métacarpienne gauche.
- Arthrose cervicale.
- Status post blessure par balle au niveau de l'avant-bras droit avec atteinte osseuse, vasculaire et nerveuse, avec actuellement des séquelles au niveau sensitivo-moteur sur le territoire du nerf median.”

Les constats médicaux effectués lors de l'unique consultation du 18 juin 2019 étaient décrits comme suit :

“Genou gauche : pas d'épanchement articulaire. Flexion-extension à 130-0-0°. Une certaine gêne à la palpation de l'interligne interne et externe. Signe du rabot négatif. Tests méniscaux négatifs. Testing ligamentaire sans particularité.

Genou droit : pas d'épanchement articulaire. Flexion-extension à 130-0-0°. Une douleur à la palpation de l'interligne interne et externe, également des plateaux tibiaux. Signe du rabot négatif. Tests méniscaux négatifs. Testing ligamentaire sans particularité.

Distance talons-fesses 10 cm à droite et 12 à gauche.

Lasègue et rétro-Lasègue négatifs des deux côtés. Force M5 aux MI [membres inférieurs]. Pas de douleur à la palpation du rachis lombaire. Mobilisation des hanches libre et indolore en passif.

Hypoesthésie de l'avant-bras et de la main à la face palmaire D2-3, force M4+ à droite, pince pas réalisable à droite, amyotrophie de D2 à droite, pouce en Z à droite.

Radiographies des genoux de 2018 :

Péjoration par rapport au comparatif d'une chondropathie tricompartmentale.

Radiographies des mains du 18.06.2019 :

Main gauche : arthrose trapézo-métacarpienne importante. Arthrose STT. Arthrose articulation MCP 2 et remaniements dégénératifs de l'IPD 3. Pas de dépôt de CPP. Main droite : arthrose trapézo-métacarpienne modérée. Arthrose STT. Kyste d'inclusion à bord sclérosé de la tête du cinquième métacarpien. Quelques remaniements dégénératifs notamment des IPD 3 et 4. Plusieurs éclats métalliques millimétriques au niveau de l'éminence thénarienne dont le plus grand de 3 mm. Pas de dépôt de pyrophosphate de calcium.”

La Dre Z. _____ a fait part de douleurs des deux genoux avec une bonne mobilité articulaire, mais un périmètre de marche réduit à 30 minutes et des douleurs surtout à la montée des escaliers, et également de douleurs au pouce gauche, mais sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

De son côté, le Dr I. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, suivant l'assuré depuis le 9 septembre 2019, a diagnostiqué, avec une incidence sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et une personnalité anxieuse (F60.6). Listant des limitations fonctionnelles (à savoir : « Humeur dépressi[ve], inhibition, une fatigue, perte d'intérêt et de motivation. Il [se] fait des soucis pour tout et constamment. Perte d'estime de soi. Trouble de la mémoire »), ce psychiatre a fait remonter l'état dépressif à la blessure subie au bras de 1989 et ses séquelles, avec un sentiment d'impuissance et de désespoir qui « le fige[ait] dans une inactivité à cause de son état physique ». La capacité de travail de l'assuré était évaluée à 20 à 40 % (3 - 5 heures par jour) dans une activité adaptée alors que son état physique faisait obstacle à une réadaptation, avec par ailleurs une limitation dans l'accomplissement de toutes les tâches ménagères. Il s'agissait de poursuivre la psychothérapie, à un rythme bimensuel, afin d'aider l'intéressé à accepter sa situation de handicap et envisager des solutions actives dans sa vie (rapport du 4 mars 2020 adressé à l'OAI par le Dr I. _____).

Suivant le point de vue du SMR (avis du 31 janvier 2020), l'OAI a, via la plateforme SuisseMED@P, confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (de médecine interne, neurologie, psychiatrie et rhumatologie) au Centre d'évaluation et de consultations de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion. Dans leur rapport d'expertise du 26 octobre 2020, les Drs B. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, C. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, S. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie,

et L._____, spécialiste en neurologie, ont posé les diagnostics de hernie hiatale avec reflux (K44), de polypes coliques (K63.5), de neuropathie du nerf médian droit avec atteinte motrice et sensitive complète, post traumatique (G56.1), de gonarthrose débutante bilatérale (M17.9), de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (M75.1), de rhizarthrose gauche (M19.94), d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Les experts ont estimé que si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de concierge ou technicien de surface au vu des limitations fonctionnelles découlant des atteintes de l'appareil locomoteur et neurologiques du membre supérieur droit (soit, *pas d'activités fines nécessitant de la force ou de la dextérité manuelle, pas de port de charges de plus de 5 kilos, positions en porte-à-faux du dos ou statiques prolongées, pas de déplacements prolongés ou en terrains irréguliers, et pas de montée sur des échelles*), il existait par contre une capacité de travail de 60 % (100 % avec une baisse de rendement de 40 % en raison de l'atteinte psychique) dans une activité adaptée (légère et sédentaire), depuis le début du suivi psychiatrique en septembre 2019. En lien avec l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée auparavant, l'expert psychiatre a fait part de l'impossibilité de valider formellement une incapacité de travail pour des motifs psychiatriques, « les documents médicaux du dossier étant trop contradictoires à ce sujet ». De leur côté, les autres experts ont précisé, qu'au plan somatique, il existait une période d'incapacité liée aux suites directes de l'accident, soit à 100 % du 30 septembre 2015 au 23 mai 2016, date à laquelle la CNA avait suspendu les prestations. Après cette date, l'exigibilité théorique dans une activité adaptée aux limitations physiques était entière au plan somatique. Les experts de la CRR ont encore estimé que des mesures de réadaptation professionnelles pourraient être mises en œuvre immédiatement et que, sur le plan thérapeutique, l'état psychique pourrait potentiellement être amélioré par un traitement antidépresseur mené dans les règles de l'art, l'assuré devant accepter de supporter les effets indésirables durant les premières semaines de traitement ; la situation n'était donc pas considérée comme définitivement fixée.

Par avis du 27 novembre 2020, la Dre O. _____, du SMR, s'est ralliée aux constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 octobre 2020 de la CRR.

Par projet de décision du 17 décembre 2020, annulant et remplaçant celui du 6 décembre 2017 et la décision du 5 novembre 2018, l'OAI a informé le conseil de l'époque de l'assuré de son intention d'octroyer, dès le 1^{er} septembre 2020, un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 45 %. Ses constatations étaient les suivantes :

“Votre mandant cité en titre exerçait le métier de concierge à plein temps.

Pour des raisons de santé, il présente une incapacité de travail, sans interruption notable depuis le 30 septembre 2015. 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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

A l'échéance du délai en question, soit le 30 septembre 2016, et après un examen complet de son dossier, nous constatons que son incapacité de travail est totale dans son activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 100 % peut raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles (*pas d'activités fines nécessitant de la force ou de la dextérité manuelle, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de positions en porte à faux du dos ou statiques prolongées, pas de déplacements prolongés ou en terrain irrégulier, pas de montée sur des échelles*) depuis le mois de mai 2016.

Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

Pour déterminer son degré d'invalidité, nous devons évaluer le préjudice économique qu'il subit.

Pour ce faire, il convient de comparer le revenu qu'il aurait pu réaliser en bonne santé, soit CHF 62'400.00 en 2016 (*selon les renseignements obtenus par son ancien employeur*) avec celui auquel il peut prétendre dans une activité adaptée à son atteinte.

Dans sa situation, étant donné qu'il n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer son revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire annuel que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 66'803.40 à 100 %, en 2016.

Par ailleurs, ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique justifient d'appliquer un abattement de 5 % sur le salaire statistique précité. Son revenu d'invalidité est donc de CHF 63'463.23.

Son degré d'invalidité au terme du délai d'attente d'une année se calcule alors de la manière suivante :

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF	62'400.00
Revenu avec atteinte à la santé	CHF	63'463.23
Perte de revenu	CHF	0.00

Degré d'invalidité 0.00%

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Par la suite, l'état de santé de votre mandant s'est dégradé sur le plan psychiatrique et nous pouvons admettre une nouvelle incapacité de travail, sans interruption notable, depuis septembre 2019. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début d'un second délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du second délai d'attente, soit en septembre 2020, nous constatons que son incapacité de travail est totale dans son activité habituelle. Toutefois, une capacité de travail de 60 % peut raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles (*pas d'activités fines nécessitant de la force ou de la dextérité manuelle, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de positions en porte à faux du dos ou statiques prolongées, pas de déplacements prolongés ou en terrain irrégulier, pas de montée sur des échelles, les atteintes sur le plan psychiatrique entraînent [une] baisse de rendement de 40% sur un temps plein*) depuis le mois de septembre 2019.

Il appartient à tout assuré de faire tout ce qui dépend de lui pour atténuer au mieux les conséquences de son infirmité, en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail, même au prix d'un effort considérable. Ce n'est pas l'activité que l'assuré consent à accomplir qui est décisive, mais celle que l'on peut raisonnablement exiger de lui dans une situation médicale donnée. Si l'assuré n'exerce pas l'activité exigible selon l'appréciation médicale le taux de son invalidité sera fixé en égard à cette activité, même s'il ne l'exerce pas.

Pour déterminer son degré d'invalidité, nous devons évaluer le préjudice économique qu'il subit.

Pour ce faire, il convient de comparer le revenu qu'il aurait pu réaliser en bonne santé, soit CHF 63'594.05 en 2016 (*selon les renseignements obtenus par son ancien employeur et après indexation de 2016 à 2020*) avec celui auquel il peut prétendre dans une activité adaptée à son atteinte.

Dans sa situation, étant donné qu'il n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer son revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire annuel que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 68'446.03 à 100 %, en 2020.

Dans sa situation, seule une capacité de travail de 60 % est exigible. Dès lors, ce montant doit être porté à CHF 41'067.62 par année.

Par ailleurs, ses limitations fonctionnelles d'ordre somatique, son âge et le taux d'occupation réduit justifient d'appliquer un abattement de 15 % sur le salaire statistique précité. Son revenu d'invalidé est donc de CHF 34'907.48. En outre, nous précisons que les limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique ont été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail, c'est pourquoi aucune réduction supplémentaire n'a été admise pour ce facteur. Son nouveau degré d'invalidité au terme du second délai d'attente d'une année se calcule alors de la manière suivante :

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 63'594.05
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 34'907.48
Perte de revenu	CHF 28'686.57

Degré d'invalidité 45 %

Un degré d'invalidité compris entre 40 % et 49 % donne droit à un quart de rente.

Au vu de ce qui précède, votre mandant a droit à un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 45 % dès le 1^{er} septembre 2020. [...]"

Dans le cadre de l'instruction de la contestation du 8 février 2021 envers son projet d'acceptation de rente, l'OAI a adressé un courrier du 22 février 2021 répondant comme suit aux critiques du conseil de l'assuré :

"Maître,

Nous avons pris connaissance de vos objections à l'endroit de notre projet de décision de rente d'invalidité du 17 décembre 2020, formulées par pli du 8 janvier 2021.

Vous faites en substance valoir que la lecture du rapport d'expertise de la CRR du 26 octobre 2020 ne permet pas de comprendre si les limitations fonctionnelles ont été prises en compte dans l'appréciation de la capacité de travail. Vous contestez en outre l'absence de mise en place de mesures professionnelles, ainsi que l'abattement de 15% retenu sur le revenu avec invalidité. Enfin, vous évoquez que les atteintes psychiatriques engendrent une diminution de la capacité depuis une période antérieure à septembre 2019.

Pour notre part, nous considérons que votre mandant présente dans une activité adaptée une capacité de travail de 100% depuis le 24 mai 2016, puis de 60 % dès le mois de septembre 2019 compte tenu des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire susmentionnée. Au sujet de la prise en compte des limitations fonctionnelles, nous ne pouvons que renvoyer à la page 19 de l'évaluation consensuelle, sous rubrique « capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré ». Force est de constater que les experts ont dûment pris en compte les différentes limitations fonctionnelles pour évaluer la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, de telle sorte qu'il n'y a pas lieu de les réinterroger.

Par ailleurs, nous avons analysé l'impact des différentes limitations fonctionnelles sur la capacité résiduelle de travail de votre mandant. Si les limitations fonctionnelles peuvent réduire les champs d'activités professionnelles, il n'en demeure pas moins que la capacité de travail de 60% peut être mise en valeur dans l'économie libre dans le cadre d'une activité adaptée. Votre mandant peut en effet mettre sa capacité de travail en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement, en tant qu'aide-administratif ou dans le domaine de la vente simple.

Concernant le revenu avec invalidité, la déduction d'un abattement de 15% paraît tout à fait justifiée. En l'occurrence, il tient compte de manière appropriée de la nature des limitations fonctionnelles, de l'âge, ainsi que du taux d'occupation qui peuvent jouer un rôle concret sur les perspectives salariales dans le cadre d'une activité d'industrie légère. Il est à noter que les limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique ont été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail.

Quant aux autres facteurs de réduction qui peuvent entrer en ligne de compte, il convient de constater que notre office n'a pas ignoré les circonstances pertinentes dans le cadre de son pouvoir d'appréciation quant à l'abattement. Nous rappellerons que les lacunes linguistiques en français ne constituent pas un élément en lien avec l'état de santé et n'est par conséquent pas du ressort de l'assurance-invalidité.

En outre, si les experts considèrent que des mesures de réadaptation pourraient entrer en ligne de compte, il n'en demeure pas moins qu'aucune mesure d'ordre professionnel simple et adéquate permettrait de réduire le préjudice économique de votre

mandant, raison pour laquelle celles-ci ne sont pas indiquées en l'espèce.

En ce qui concerne la date à partir de laquelle intervient la première baisse de rendement sur le plan psychiatrique, celle-ci est fixée au mois de septembre 2019. Il s'agit du mois pendant lequel votre mandant a entrepris un suivi psychiatrique (rapport médical du Dr I. _____ du 4 mars 2020). En l'espèce, il convient de relever qu'il est impossible de valider formellement une baisse de rendement pour des motifs psychiatriques à une date antérieure, les pièces médicales étant trop contradictoires à ce sujet. L'expert psychiatre place ainsi, selon le principe de la vraisemblance prépondérante, la baisse de rendement sur la capacité de travail de votre mandant au mois de septembre 2019, ne pouvant la fixer à une date antérieure sans documentation médicale pertinente.

Enfin, vous contestez la fixation d'un nouveau délai d'attente d'un an dès septembre 2019. Il convient de préciser que l'aggravation de l'état de santé de votre mandant pour des motifs psychiatriques dès le mois de septembre 2019 constitue une nouvelle atteinte à la santé, sans lien avec les atteintes somatiques, de telle sorte qu'un nouveau délai d'attente d'un an au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI doit être appliqué.

Au vu de ce qui précède, nous maintenons notre position telle qu'elle ressort du projet de décision d'octroi de rente d'invalidité du 17 décembre 2020 en votre possession. Vous recevrez prochainement de la caisse de compensation la décision contre laquelle il vous sera loisible de recourir."

Le 1^{er} avril 2021, l'assuré, agissant par Me Gillieron, a transmis à l'OAI la copie d'un rapport de consultation du 23 mars 2021 du Dr H. _____, médecin assistant, du Service de chirurgie plastique et de la main à l'Hôpital orthopédique du CHUV. Diagnostiquant une rhizarthrose destructive pouce gauche, ce praticien a indiqué que l'assuré ne désirait pas d'opération, ni d'infiltration, et que le traitement conservateur mis en place consistait en le port d'une attelle rhizarthrose flector patch main gauche et la prise d'antidouleurs (Irfen® et Dafalgan®).

Par décision du 16 juin 2021, l'OAI a confirmé la teneur de son préavis du 17 décembre 2020 du quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2020.

D. Par acte du 20 août 2021, complété le 23 août suivant, A. _____ a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente

d'invalidité lui est allouée depuis 2016. Le recourant a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la capacité de travail retenue sur la base du rapport d'expertise de la CRR. En annexe, il a produit notamment les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 20 janvier 2021, consécutif à une consultation en date du 15 janvier 2021, aux termes duquel le Prof. X. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics suivants :

- “• Syndrome douloureux chronique multi-factoriel
 - Douleurs généralisées
 - St. p. blessure par balle avant[-]bras droit ([...])
 - st. p. épicondylite bilatérale
 - Dépression
- Polyarthrose
 - IRM du genou droit : chondropathie fémoro-patellaire latérale grade 4
 - Rhizarthrose, arthrose trapézo-métacarpienne, arthrose STT, kyste d'inclusion du 5e métacarpien, Arthrose MCP 2 et IPD 3 et 4
 - Arthrose cervicale et lombaire.”

A l'échographie, ce spécialiste n'a pas noté de rhumatisme inflammatoire, ni de chondrocalcinose, mais une arthrose au niveau des genoux et du coude droit. Son rapport se conclut comme suit :

“Monsieur A. _____ souffre en 1ere ligne, d'un syndrome douloureux chronique multifactoriel. Je note une polyarthrose qui n'explique pas tous les symptômes. Le patient semble cependant en mauvais état psychique. Effectivement, il a peu de ressources psychiques et physiques qui à mon avis, influencent la capacité de travail. Je ne vois pas comment ce patient pourrait travailler dans ces conditions avec ces forts troubles post-traumatiques ainsi que la polyarthrose.” ;

- un rapport complémentaire du 29 mars 2021, dans lequel le Dr T. _____ a confirmé que seul un travail très léger comme réceptionniste par exemple ou sans port avec les mains était envisageable au vu des douleurs de rhizarthrose (stade III) avec une récurrence du tunnel carpien à gauche, constatées le 17 février 2021. L'assuré devait être opéré pour ses douleurs persistantes ;

- un rapport de consultation du 26 avril 2021 du Dr J._____, spécialiste en neurologie, qui se termine comme suit :

“Synthèse et conclusion

Ce patient de 54 ans, originaire du Kosovo, présentant au membre supérieur droit des séquelles d'un traumatisme complexe par balles, présente du côté gauche des dysesthésies distalement relativement mal systématisées, associées à des douleurs du pouce.

A l'examen neurologique ciblé, des résultats objectivables par rapport à la force du côté gauche sont difficiles à obtenir. A part d'une hyporéflexie bilatérale et de légers troubles hypomyotrophiques surtout au niveau du petit abducteur du pouce gauche, on ne constate pas d'autres altérations. Du côté droit, on constate une parésie complexe séquellaire dominant au niveau des fonctions du nerf médian et du nerf cubital.

A l'examen électroneurophysiologique, qui s'est limité sur le côté gauche actuellement symptomatique, on obtient des valeurs parlant pour un syndrome du tunnel carpien essentiellement sensitif, résiduel à une intervention du canal carpien en 2002. Les neurographies du nerf cubital et du nerf radial sont normales.

Résumé et proposition: vu le peu de sévérité objectivable de ce syndrome du tunnel carpien séquellaire j'ai proposé au patient le port d'une attelle nocturne. En considérant l'état actuel de l'atteinte, une nouvelle intervention au niveau du canal carpien ne semble pas à conseiller”.

Dans sa réponse du 11 octobre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise CRR, estimant que les critiques du recourant n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Le 2 novembre 2021, en réplique, le recourant désormais représenté par Me Paul-Arthur Treyvaud, a précisé ses précédentes conclusions dans le sens de l'octroi en sa faveur d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2016, avec la précision « qu'en tout état de cause, il devrait à tout le moins être mis au bénéfice d'une demie rente et non d'un quart de rente ». Il conteste la suppression du droit à la rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2016 au 31 janvier 2017 précédemment reconnu par l'OAI lui octroyant désormais uniquement un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2020, en reprochant à l'OAI de ne pas avoir indiqué les raisons pour lesquelles le droit à la rente entière n'existerait tout simplement plus alors que son état de santé s'est péjoré

depuis 2017. Il conteste également le *dies a quo* du quart de rente octroyé à l'automne 2020, soit après un délai d'attente d'une année partant de 2019, étant d'avis « qu'on ne voit pas pour quelle raison un nouveau délai d'attente aurait commencé à courir, s'ajoutant à un premier délai ». Critiquant la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 26 octobre 2020 de la CRR, il conteste la capacité de travail résiduelle de 60 % dans une activité adaptée retenue depuis le mois de septembre 2019 par les experts. Il leur reproche d'avoir retenu le moment où il a entrepris un suivi psychiatrique comme date de début de l'aggravation de son état de santé, alors qu'il n'a plus travaillé depuis 2017 en raison de l'évolution physique défavorable, comme en atteste le Dr W. _____ dont l'avis est partagé par la Dre E. _____, retenant une incapacité de travail totale depuis septembre 2016. Il ajoute que ce point de vue est en outre confirmé par le Prof. X. _____. Dans ce contexte, il est d'avis que les experts n'étaient pas fondés à soutenir que tous les praticiens intéressés souligneraient la disproportion entre les plaintes et les constatations objectives, et que l'argument voulant qu'il ait travaillé nonobstant la grave blessure et les séquelles au membre supérieur droit en 1989 est sans pertinence, car ne prenant pas en compte l'accident subi en 2015.

Dans sa duplique du 16 novembre 2021, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il observe que la décision d'octroi de rente d'invalidité limitée dans le temps du 5 novembre 2018 a été annulée par arrêt de la Cour de céans du 4 juin 2019 avec le renvoi de la cause pour mise en place de mesures d'instruction, puis nouvelle décision. Il estime, sur la base du rapport probant de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre auprès de la CRR, que si les limitations fonctionnelles entravent l'exercice des activités antérieures, une activité adaptée aux restrictions demeure exigible à plein temps, ceci sous la réserve des suites directes de l'accident, soit entre le 30 septembre 2015 et le 23 mai 2016. Ce n'est ensuite qu'à partir de septembre 2019 que la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est réduite de 40 % pour des motifs psychiatriques, dont découle un préjudice économique de 45 % et le droit à un quart de rente qui s'ouvre une année plus tard. L'intimé souligne que

la décision du 5 novembre 2018 ayant été annulée, le cas présent ne s'inscrit pas dans le contexte d'une révision du droit à une rente, mais bien dans celui d'un nouvel examen complet du droit à des prestations de l'assurance-invalidité, sous réserve des effets des décisions de refus de rente, respectivement de mesures professionnelles, des 22 novembre 1999 (confirmée par jugement cantonal du 28 novembre 2000) et 20 janvier 2000.

E. Par décision du 13 septembre 2021, A._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 août précédant. Il a été exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d'office en la personne de Me Paul-Arthur Treyvaud lui a été désigné, lequel a déposé sa liste des opérations le 11 janvier 2022.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Le présent arrêt fait suite à un arrêt de renvoi de la Cour de céans du 4 juin 2019 (CASSO AI 389/18 - 170/2019), qui a défini l'objet du litige : il porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à la suite de la demande de prestations AI du 9 mars 2016.

Dès lors que la Cour de céans a annulé la décision rendue le 5 novembre 2018 par l'intimé et lui a renvoyé la cause pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision, il était prématuré de se prononcer sur la rente d'invalidité réclamée. Le recourant ne saurait désormais contester la suppression du droit à la rente pour la période courant du 1^{er} septembre 2016 au 31 janvier 2017 tel que précédemment reconnu par l'OAI compte tenu de l'annulation de la décision du 5 novembre 2018 intervenue au terme de la procédure qu'il a lui-même initiée par le dépôt du recours du 7 décembre 2018.

b) 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 16 juin 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).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par

l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) aa) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409),

puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418) et aux syndromes de dépendance primaire à des substances psychotropes (ATF 145 V 215).

bb) Il convient 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).

Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les symptômes décrits et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et

répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée 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 la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle 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 (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée 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).

d) 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).

e) 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).

f) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

g) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

4. a) En l'espèce, la décision attaquée du 16 juin 2021 par laquelle l'OAI a reconnu le droit en faveur du recourant à un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2020 se base sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la CRR du 26 octobre 2020.

Le recourant, de son côté, soutient avoir droit à une rente entière depuis le 1^{er} septembre 2016. Il conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. A cet effet, il critique la valeur probante de l'expertise CRR, faisant valoir en substance que les rapports des médecins consultés valent contre-expertise.

b) En l'occurrence, la Cour de céans avait, par jugement du 4 juin 2019 (CASSO AI 389/18 - 170/2019), renvoyé la cause à l'intimé dès lors que l'état de santé de l'intéressé semblait s'être péjoré postérieurement au rapport d'expertise rhumatologique du 17 octobre 2016 du Dr D._____, lequel concluait à une capacité de travail complète de l'assuré dans son activité habituelle de technicien de surface dès le 1^{er} novembre 2016. Après examen des rapports médicaux déposés par les médecins traitants de l'assuré à la demande de l'OAI dans le cadre de la reprise de l'instruction, le SMR a constaté qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré au plan neurologique et ostéoarticulaire ne pouvait être exclue en raison de la compensation et du surmenage de la main gauche résultant de l'impotence relative de la main droite et de la survenance

d'une atteinte traumatique complète sensitive et motrice du nerf médian de l'avant-bras droit, d'une atteinte des genoux et du rachis cervical (avis médical du 31 janvier 2020). Dans ce contexte, une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre au sein de la CRR. Dans leur rapport du 26 octobre 2020, les experts ont considéré que le recourant présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée soit respectant les limitations fonctionnelles retenues (*pas d'activités fines nécessitant de la force ou de la dextérité manuelle, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de positions en porte[-]à[-]faux du dos ou statiques prolongées, pas de déplacements prolongés ou en terrain irrégulier, pas de montée sur des échelles*) avec une baisse de rendement de 40 % pour des motifs psychiatriques depuis le mois de septembre 2019.

c) La Cour de céans ne voit pas ce qui justifierait de s'écarter des conclusions des experts de la CRR pour les volets de médecine interne, de rhumatologie et de neurologie.

aa) Sur le plan de la médecine interne, les diagnostics de hernie hiatale avec reflux (K44) traitée et de polypes coliques (K63.5) faisant l'objet de colonoscopies tous les cinq ans ont été retenus. Le registre rhumatologique a quant à lui été minutieusement investigué par le Dr B. _____ qui a observé des incohérences entre les plaintes et les limitations décrites qui n'étaient que très partiellement expliquées par les atteintes dégénératives, principalement celles en lien avec la rhizarthrose gauche, gonalgie et lombalgie. Il a tout d'abord constaté que l'assuré avait été victime en septembre 2015 d'un choc sur le genou droit, sans fracture. Les investigations exhaustives et les consultations orthopédiques spécialisées n'avaient pas démontré de lésion traumatique, mais une gonarthrose débutante bilatérale (M17.9) principalement interne, sans signe d'épanchement, ni limitation significative des amplitudes à l'examen clinique, avec un status rassurant tout comme l'imagerie. Quant aux plaintes à la base du pouce, l'expert a constaté une rhizarthrose actuellement modérée à sévère dont l'infiltration réalisée n'avait fait qu'aggraver les douleurs. Si toute sanction chirurgicale de cette rhizarthrose avait été réfutée au vu de l'impotence fonctionnelle du

membre supérieur droit et de la mauvaise réponse à l'infiltration, l'expert a estimé qu'une réévaluation par un chirurgien spécialiste de la main pourrait être nécessaire pour une éventuelle prise en charge chirurgicale. Les douleurs diffuses au niveau du rachis lombaire montraient uniquement quelques signes dégénératifs des trois derniers segments lombaires (3, 4 et 5), soit des troubles bénins comme attendus à l'âge du recourant ; il n'y avait pas de listhésis, ni de lésion osseuse, les espaces intervertébraux étaient bien respectés. Quant aux douleurs cervicales, en l'absence d'imagerie à disposition, seuls d'éventuels signes dégénératifs, sans traitement invasif nécessaire, pouvaient être retenus. S'agissant des omalgies gauches, l'imagerie était rassurante tout comme le status, l'assuré présentant quelques signes de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche (M75.1), sans signe de rupture, ni limitation gléno-humérale (rapport d'expertise, volet rhumatologique, p. 11).

Enfin, du point de vue neurologique, les séquelles de la blessure par balle en 1989 au Kosovo justifiaient objectivement un tableau clinique d'une neuropathie du nerf médian droit avec atteinte motrice et sensitive complète, post traumatique (G56.1), avec également des troubles sensitifs dans le territoire de la branche superficielle du nerf radial droit. Lors de son observation, l'assuré n'excluait pas la main droite et l'utilisait sans aucune limitation pour l'habillage et le déshabillage. L'expert neurologue constatait par ailleurs un syndrome douloureux diffus non systématisé intéressant également la nuque, avec tendance à irradier en région rétro-auriculaire, sans toutefois à proprement parler de céphalées de sorte que le diagnostic de migraines n'était pas confirmé (rapport d'expertise, volet neurologique, pp. 3 - 4).

Se distançant de l'avis de leur confrère rhumatologue (le Dr D. _____), les experts somaticiens de la CRR ont retenu une totale incapacité de travail liée aux suites directes de l'accident, soit du 30 septembre 2015 au 23 mai 2016, date à laquelle la CNA avait suspendu les prestations. Selon les experts, la survenance d'autres atteintes somatiques, en particulier une rhizarthrose gauche du côté sain, entraînait d'importantes difficultés dans une activité lourde ou requérant des capacités manuelles, telle que la profession exercée autrefois en tant que

concierge (rapport d'expertise, pp. 18 - 19). Postérieurement au 23 mai 2016, l'exigibilité théorique dans une activité adaptée aux limitations physiques était entière au plan somatique, le recourant ayant été en mesure de travailler malgré son handicap au membre supérieur droit. Dès lors, la capacité de travail de l'intéressé comme concierge ou technicien de surface n'était plus adaptée et devait être considérée comme nulle définitivement en raison des nombreuses limitations découlant de l'atteinte de l'appareil moteur et neurologique du membre supérieur droit.

bb) Dans ses explications complémentaires du 2 novembre 2021, le recourant invoque les avis divergents des Drs W._____ et E._____ qui retiennent une incapacité de travail totale depuis le mois de septembre 2016, évaluation confirmée par le Prof. X._____ qui ne voit pas comment l'assuré pourrait travailler au vu de « ses fort[s] troubles post-traumatiques ainsi que de la polyarthrose ». Le recourant conteste par conséquent l'avis des experts de la CRR affirmant que tous les praticiens intéressés souligneraient la disproportion entre les plaintes et les constatations objectives. Il réfute également l'argument des experts selon lequel il a travaillé malgré la grave blessure et les séquelles subies au membre supérieur droit en 1989, en y opposant l'accident subi en 2015.

Il sied tout d'abord de constater que l'expert rhumatologue a exposé au chapitre de la cohérence et de la plausibilité que tout son status avait été artéfacté et sujet à des variations dépendant des manœuvres de distractibilité entreprises, ce qui rendait difficile de se prononcer uniquement sur le status. Ainsi les plaintes et limitations de l'assuré s'expliquaient très partiellement par les atteintes objectivées. Les plaintes débordaient clairement sur la clinique à laquelle on pouvait s'attendre en présence d'articulations dégénératives. Par ailleurs, il a observé trois signes comportementaux selon Waddell sur cinq. Ce constat rejoint l'avis du Dr D._____, lequel a qualifié d'étrange que l'intéressé déclare ne plus pouvoir rien faire alors qu'il a souffert d'une contusion banale du genou droit, que son handicap au niveau du membre supérieur droit date de 1989 et qu'il a pu travailler comme manutentionnaire et

technicien de surface. Il a ajouté que la prise en charge avait été adéquate, si bien qu'il ne saisissait pas pourquoi elle aurait pu aggraver ses symptômes. Dans un rapport du 20 janvier 2021, consécutif à une consultation de l'assuré en date du 15 janvier 2021, le Prof. X. _____ a indiqué en première ligne, un syndrome douloureux chronique multifactoriel et une polyarthrose qui n'expliquait cependant pas tous les symptômes. Ce rhumatologue retenait que son patient « semble cependant en mauvais état psychique. Effectivement, il a peu de ressources psychiques et physiques qui à mon avis, influencent la capacité de travail. Je ne vois pas comment ce patient pourrait travailler dans ces conditions avec ces forts troubles post-traumatiques ainsi que la polyarthrose ». Cette prise de position traduit une divergence d'appréciation relative à l'influence des atteintes à la santé sur la capacité de travail du recourant, mais ne suffit toutefois pas à remettre en question la valeur probante de l'expertise de la CRR ; en effet, les réponses sont peu motivées et paraissent reposer pour l'essentiel sur le ressenti de l'état de santé psychiatrique lors de la consultation, ce qui sort clairement du domaine de compétence du rhumatologue. Il est plus douteux que le Prof. X. _____ ait une connaissance suffisante du dossier médical du recourant faute d'un suivi de celui-ci sur la durée.

Quant aux avis des Drs W. _____ et E. _____, les experts en ont dûment tenus compte. Ces avis divergents ne permettent pas de retenir l'estimation de la capacité de travail de leurs auteurs, ceci malgré l'accident subi le 30 septembre 2015 dont les conséquences passagères sur la capacité de travail ont bien été prises en compte par les experts.

cc) Les autres pièces médicales postérieures à l'expertise CRR dont se prévaut le recourant ne permettent pas de s'écarter des conclusions des experts ou de justifier un complément d'instruction.

Le rapport du 23 mars 2021 du Dr H. _____ de l'Hôpital orthopédique du CHUV ne comporte aucune estimation de la capacité de travail de l'assuré. Ce médecin fait uniquement état du diagnostic de rhizarthrose destructive pouce gauche et, dans le contexte du refus d'une

opération, de la mise en place d'une infiltration, d'un traitement conservateur (port d'une attelle rhizarthrose flector patch main gauche) avec la prise d'antidouleurs (Irfen® et Dafalgan®).

De son côté, le rapport complémentaire du 29 mars 2021 du Dr T. _____ confirme celui précédent du 12 novembre 2019, à savoir qu'un travail très léger (réceptionniste par exemple ou sans port avec les mains) est concevable en raison des douleurs de rhizarthrose (stade III) avec récurrence du tunnel carpien à gauche, constatées le 17 février 2021. Hormis la proposition thérapeutique d'une opération chirurgicale pour les douleurs persistantes, l'estimation selon laquelle l'assuré pourrait travailler à raison de 4 - 6 heures par jour dans une activité adaptée (travail très léger), dont les experts avaient connaissance et dont ils ont tenu compte, est maintenue. Il n'y a donc aucun élément nouveau postérieur à l'expertise CRR.

Enfin, le rapport de consultation du 26 avril 2021 du neurologue J. _____ se fait l'écho d'un examen clinique et électro-neuro-physiologique du côté gauche de peu de sévérité objectivable du syndrome du tunnel carpien séquellaire (essentiellement sensitif, résiduel à une intervention du canal carpien en 2002 et avec des neurographies du nerf cubital et du nerf radial normales). La proposition thérapeutique est le port d'une attelle nocturne, sans nouvelle intervention au niveau du canal carpien déconseillée. Ce médecin, qui a vu l'assuré une seule fois, ne se prononce pas sur la capacité de travail. Or, les experts ont dûment examiné la répercussion de l'atteinte de la main gauche, l'expert neurologue relevant, au membre supérieur gauche, aucune anomalie clinique ; il constatait que l'assuré avait été opéré du syndrome du tunnel carpien en 2000 et qu'un électro-neuro-myogramme de ce membre effectué en 2016 était revenu normal.

dd) Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans s'en tiendra donc à l'appréciation des experts de la CRR sur les plans de la médecine interne, de la rhumatologie et de la neurologie. Au vu du résultat des signes comportementaux selon Waddel et des incohérences relevées par les experts somaticiens, il apparaît que l'évaluation de la

capacité résiduelle du recourant sur le plan somatique est convaincante. Au surplus, l'intéressé ne présente pas d'élément médical propre à remettre en cause le rapport d'expertise et encore moins à montrer que les conclusions des experts somaticiens soient insoutenables, en contradiction manifeste avec les constatations médicales ou qu'elles ne reposent pas sur des motifs objectifs. Ainsi, il convient de retenir une incapacité de travail totale dans toute activité du 30 septembre 2015 au 23 mai 2016, puis une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues en raison de l'état séquellaire présenté depuis l'accident sur le plan somatique. A cet égard, l'appréciation du Dr D._____ doit être écartée. En effet, l'expert mandaté par K._____ n'a nullement évalué la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée, mais s'est limité à apprécier sa capacité de travail dans l'activité habituelle de technicien de surface - dans un contexte de versement d'indemnités journalières perte de gain - qu'il a qualifiée de totale dès le 1^{er} novembre 2016.

d) S'agissant du volet psychiatrique de l'expertise de la CRR, l'appréciation de l'expert psychiatre n'est pas critiquable.

aa) L'analyse effectuée par le Dr S._____ repose sur l'étude méticuleuse du dossier établi par l'expert principal, le rapport du psychiatre traitant (le Dr I._____) du 4 mars 2020, les rapports des co-experts ainsi que sur un complément d'anamnèse psychosociale avec également le descriptif des plaintes actuelles. Au terme des constatations cliniques de son examen du 7 octobre 2020, les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans symptôme somatique (F32.10) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) retenus par l'expert, comme aussi ceux mentionnés par le psychiatre traitant mais non confirmés, sont dûment motivés sur la base de ce qui suit (rapport d'expertise, volet psychiatrique, p. 6 sv.) :

“7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

La présente expertise est organisée dans le cadre d'un assuré connu avant tout pour des douleurs, alors que son dossier mentionne des indices d'une participation psychiatrique à partir de 2015.

En ce qui concerne les diagnostics et le degré de gravité fonctionnel, on doit relever en premier lieu qu'il n'est pas aisé d'investiguer l'assuré, ses propos étant souvent pauvres, avec des contradictions et une suggestibilité dans les réponses. Pour exemple, l'assuré ne mentionne initialement pas de trouble de la concentration ou de la mémoire, alors qu'il corrige ensuite ses propos suite aux questions de l'expert. Il en est de même concernant les cauchemars : initialement l'expertisé ne décrit pas de thème précis au sujet de ces derniers, alors qu'ensuite il revient sur ses propos en mentionnant la thématique liée à ses blessures de 1989. Cette variabilité dans le discours, conjuguée à d'autres éléments atypiques (assuré qui se dit très déprimé, alors qu'à l'observation clinique, il est capable de sourire à plusieurs reprises et ne manifeste pas de grave troubles cognitif[s] au status structuré ni de sévère ralentissement psychomoteur), oriente vers des processus de majoration de symptômes, que ce soit sur le versant physique ou psychique.

Dans les dynamiques de majoration de symptômes, la CIM 10 indique qu'il s'agit « *de symptômes physiques compatibles avec - et initialement d[u]s à - un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet adopte une attitude histrionique (recherche de l'attention d'autrui) comprenant aussi parfois des plaintes surajoutées (habituellement non spécifiques) sans substrat somatique. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou au handicap provoqués par son affection physique, et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son handicap ou de sa douleur. L'insatisfaction relative aux résultat[s] du traitement ou des investigations et la déception quant à la qualité des soins médicaux (telle qu'elle est perçue) peuvent aussi représenter un facteur déclenchant. Dans certains cas, il existe une motivation claire comme la recherche d'une compensation financière à la suite d'accident ou de blessure.*

Plusieurs caractéristiques décrites dans cette définition de la majoration s'appliquent à la situation de l'assuré. On retrouve la base organique, sur laquelle l'expertisé se cristallise, avec une extension des zones douloureuses. L'expertisé exprime aussi certains griefs par rapport à certaines opérations physiques, de même qu'au sujet des instances assécurologiques (par exemple en s'érigeant contre le précédent refus de reclassement professionnel). Dans son ouvrage *Douleur Somatoforme* (éditions Médecine et Hygiène, 2007, chapitre 10), le Docteur Pierre-André Fauchère distingue la majoration de symptômes physiques et le syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans les dynamiques de majoration ou d'amplification des symptômes, on retrouve cette expression extériorisée des plaintes, avec un poids de la souffrance moins prégnant que le sujet « somatoforme » : on perçoit rapidement un écart entre les plaintes et ce que l'on observe objectivement sur le plan strictement psychiatrique (l'absence de ralentissement psychomoteur, les sourires fréquents, le fait que les

réponses de l'assuré sont souvent évasives, avec plusieurs incohérences et contradictions). Dans le cadre des amplifications des symptômes, on relève souvent une coopération insuffisante. Si ce manque de coopération n'est pas au premier plan, on doit tout de même relever que l'assuré a rapidement désinvesti (après 2 jours) un traitement de Rebalance prescrit par son psychiatre, alors que ce type de traitement est habituellement bien toléré. Une tendance à la fixation dans les plaintes, avec une attitude passive de déconditionnement est à considérer. Dans les autres facteurs reconnus pouvant amener une majoration de symptômes, on relève les problématiques familiales et conjugales. Cette problématique est aussi décrite par l'assuré (dégradation de la relation conjugale, notion de difficultés sexuelles qui accentuent des tensions, tensions avec les enfants). Les conséquences négatives de l'immigration sont aussi reconnues comme jouant un rôle dans les processus de majoration.

En fonction de ce qui précède, l'évaluation psychiatrique retient donc une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, et non un syndrome douloureux somatoforme persistant ou apparenté, qui constituerait une pathologie psychosomatique au sens strict.

Ce processus de majoration n'exclut toutefois pas que l'assuré manifeste un tableau clinique de dépression. Les facteurs de majoration doivent par contre pondérer les plaintes alléguées, en fonction des éléments observés. Il n'en demeure pas moins que l'assuré présente dans les critères majeurs une humeur triste, décrite comme quotidienne, peu modulée par les événements extérieurs. Il rapporte une fatigabilité accrue, un manque d'entrain, d'énergie et de motivation. Une anhédonie est décrite. Dans les critères mineurs, l'assuré se plaint d'une diminution de la concentration et de l'attention (mais cette dernière doit être relativisée en fonction des observations du status), une diminution de l'estime de soi (se sent inutile, sans valeur), une attitude morose et pessimiste face à l'avenir et des perturbations du sommeil. L'appétit est par contre conservé, et l'assuré ne manifeste aucune idée noire ou suicidaire. Une échelle psychométrique de dépression MADRS, avec un score de 24/60 correspond à un degré moyen de sévérité. Cette échelle a été remplie en pondérant certains items (notamment la tristesse observée qui n'est pas majeure, les troubles de la concentration qui n'apparaissent pas de façon franche au status). On ne retient pas de syndrome somatique associé, vu que l'assuré ne présente que trois symptômes de ce registre (la diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables, le manque de réactivité émotionnelle à des événements ou des circonstances habituellement agréables, une dépression plus marquée le matin).

Le psychiatre traitant de l'assuré retient un trouble dépressif récurrent, en estimant que la symptomatologie dépressive serait présente depuis 1989. Aucune pièce médicale du dossier ne permet de valider une telle hypothèse. Il en est de même dans les propos de l'assuré, qui ne décrit pas formellement de perturbation dépressive avant 2015. On retrouve de plus des avis divergents dans le dossier, notamment les rapports du Dr W. _____ qui ne rapportent pas de trouble psychiatrique, alors que cela figure à titre d'hypothèse dans

l'expertise rhumatologique antérieure et dans certains rapports neurologiques. Cette variabilité de l'expression du tableau clinique peut aussi constituer un indice des processus de majoration. Un trouble dépressif récurrent devrait mettre en évidence des épisodes distincts, de durée et d'intensité suffisantes, entrecoupés par des phases de rémission symptomatique. Aucun clinicien n'est en mesure de mettre formellement en évidence cette récurrence du tableau dépressif. Un trouble dépressif récurrent ne s'impose donc pas selon les critères stricts de la CIM 10.

Le psychiatre traitant de l'expertisé postule ensuite un trouble de la personnalité type évitante. Mon confrère indique que l'assuré est isolé sur le plan social, craignant le jugement et le regard des autres, surtout ceux qui ont un meilleur statut que lui. Ces éléments ne sont pas suffisants pour retenir une personnalité évitante. Le sujet déprimé peut manifester ce type de positionnement vis-à-vis d'autrui, d'autant plus si des difficultés socio-économiques sont présentes. Interrogé spécifiquement sur les critères de la personnalité évitante, l'assuré ne décrit pas durant son jeune âge (à savoir la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte) un sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension, une perception de soi comme étant socialement incompétente, sans attrait ou inférieur aux autres, une préoccupation excessive par la crainte d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales, un refus de nouer des relations à moins d'être certain d'être accepté sans critique, une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité, ou encore un évitement des activités sociales ou professionnelles impliquant des contacts importants avec autrui de peur d'être critiqué, désavoué ou rejeté (ces critères sont nécessaires selon la CIM-10). Dans le même sens, lorsque l'expertisé parle de sa vie professionnelle et sociale depuis sa venue en Suisse, aucune difficulté de ce registre n'est reconnue à l'origine d'une souffrance subjective ou d'un dysfonctionnement dans plusieurs secteurs de la vie. Un trouble de la personnalité n'est donc pas présent selon les critères stricts de la CIM-10.

On pourrait ensuite se demander si l'assuré souffre d'un état de stress post traumatique, avec la notion de cauchemars qui mettraient parfois en scène le traumatisme subi en 1989. Ici encore, on doit tenir compte des propos insistants et contradictoires de l'assuré. Si les cauchemars peuvent être présents, ils ne sont pas systématiques, vu qu'initialement l'assuré indique qu'il n'y a pas de thème précis ou vécu (avec des cauchemars « surnaturels »). L'assuré précise ensuite qu'il ne se remémore pas constamment cet épisode de sa vie, et que ses souvenirs n'apparaissent que lorsque la discussion est centrée sur ce sujet (comme c'est le cas dans le cadre de la présente expertise). On ne retrouve pas non plus d'hyperactivité avec un sentiment continu d'alerte, ni de symptôme de dépersonnalisation (ou dissociatif d'une autre nature). On ne retrouve pas l'aspect sévèrement émoussé des affects (un léger émoussement peut être présent, mais il est avant tout expliqué par la dépression). Par ailleurs, on n'observe pas d'activation émotionnelle lorsque l'assuré évoque ce traumatisme, ce que l'on rencontre habituellement chez le sujet qui souffre d'un état de stress post-traumatique authentique. Au vu de ce qui précède, il est impossible de mettre en évidence un tableau clinique valide et cohérent d'état de stress post traumatique, même si

l'assuré peut conserver, comme on peut bien l'imaginer, certains souvenirs difficiles de cet événement.”

bb) Pour son évaluation de la capacité de travail, l'expert psychiatre a indiqué ne pas être en mesure de valider les plaintes subjectives de l'assuré, dans le sens d'une incapacité de travail totale. En tenant compte de facteurs de pondération et de la dynamique de majoration, tout en reconnaissant une participation dépressive d'intensité au maximum moyenne, l'expert a constaté une baisse de rendement de 40 % sur un temps plein de présence, dans toute activité simple respectant le potentiel intellectuel de l'intéressé ; il a ainsi retenu une capacité de travail de 60 % qui intègre cette diminution de rendement. Il a précisé que son estimation était valable depuis que l'assuré avait débuté son suivi psychiatrique, soit en septembre 2019, avec, auparavant, l'impossibilité de valider formellement une incapacité de travail pour des motifs psychiatriques, les documents médicaux du dossier étant trop contradictoires à ce sujet. Dans le cadre de son mandat, l'expert psychiatre a examiné la personnalité du recourant, l'évolution des traitements, des mesures de réadaptation et des chances de guérison, la cohérence et la plausibilité, et a procédé à une évaluation des capacités, des ressources ainsi que des difficultés en fonction du mini-CIF-APP (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé, un instrument d'évaluation des aptitudes psychiques). Ainsi, au moment d'apprécier la répercussion de l'état de santé psychique sur la capacité de travail, l'expert a émis les considérations suivantes (rapport d'expertise, volet psychiatrique, pp. 8 - 10) :

“En ce qui concerne la personnalité, comme relevé plus haut, l'assuré n'affiche pas des déviations marquées des pensées, des sensations et des relations à autrui par rapport à un individu moyen d'une culture donnée depuis son jeune âge. Il s'est bien inscrit dans la société, avec des relations équilibrées sur le plan professionnel. Dans les fonctions complexes du Moi, on ne retrouve pas de composante psychotique qui pourrait altérer la capacité de l'assuré à saisir correctement la réalité. Son intentionnalité est légèrement à moyennement abaissée par les symptômes thymiques. La personnalité étant structurée, et l'assuré ne manifestant pas de grave dysrégulation émotionnelle, la capacité à gérer les émotions et les impulsions est conservée. Au final, les fonctions complexes du Moi n'apparaissent que légèrement abaissées dans leur efficacité.

En ce qui concerne l'évaluation des traitements, des mesures de réadaptation et des chances de guérison, l'assuré est pris en charge sur le plan psychiatrique depuis septembre 2019, avec peu d'évolution selon les éléments rapportés par son psychiatre traitant. Ces éléments descriptifs ne tiennent toutefois pas compte de la composante de majoration, qui amène l'assuré à se fixer dans ses plaintes, dans un processus de passivité et de déconditionnement. On peut relever dans ce registre une faible tolérance aux médications proposées qui s'écarte de ce que l'on serait en droit d'attendre (d'autant plus que la médication de Millepertuis est par définition légère). L'indication à un traitement antidépresseur est formelle dans les dépressions d'intensité sévère, elle n'est que relative dans les dépressions d'intensité moyenne. L'assuré pourrait potentiellement améliorer sa symptomatologie dépressive s'il acceptait de supporter la phase d'effets secondaires d'un tel traitement durant les premières semaines où il est introduit.

La présence d'une dépression d'intensité moyenne peut sensiblement réduire les possibilités de réadaptation professionnelle, en raison de la fatigabilité.

En ce qui concerne la cohérence et la plausibilité, comme relevé plus haut dans la discussion, plusieurs facteurs relativisent la cohérence. Le dossier médical est déjà contradictoire concernant la composante dépressive (écart entre les rapports du Docteur W. _____ et d'autres spécialistes). Une variabilité de l'expression des plaintes psychiques est vraisemblablement présente, s'inscrivant [dans] le cadre d'une dynamique de majoration. Même si cette dynamique doit être prise en compte, on ne peut non plus exclure que l'assuré manifeste une dépression plus consistante depuis septembre 2019, au vu des échelles psychométriques qui figurent dans le rapport du Docteur I. _____ du 4 mars 2020. Ce rapport n'est toutefois pas dénué de contradictions, vu que mon confrère estime que l'incapacité à travailler relèverait plus du domaine somatique, ce qui est par définition hors de son champ de compétence. Dans le même sens, mon confrère retient que l'assuré pourrait travailler entre 3 et 5 heures par jour dans une activité qui tienne compte de l'atteinte à la santé, ce qui correspondrait à un 50 %, alors que plus loin, mon confrère ne retient que 20 à 40 % dans une activité adaptée. Il est habituellement difficile pour le médecin traitant de prendre en compte les facteurs de majoration amenant un assuré à se fixer dans ses plaintes, malgré certaines incohérences cliniques. Cette pondération doit donc être réalisée dans le cadre d'une expertise. En tenant compte des incohérences relevées, si certaines limitations fonctionnelles psychiques doivent être considérées, elles n'expliquent pas une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. Le poids des souffrances mérite donc d'être relativisé.

En ce qui concerne l'appréciation structurée des ressources et des difficultés on peut ensuite s'appuyer sur le canevas du mini-CIF-APP (instrument d'évaluation des aptitudes psychiques) de la façon suivante :

Le status psychiatrique actuel ne relève pas de trouble au sens commun. Par conséquent, l'expertisé est en mesure de s'intégrer dans des processus d'organisation et de s'adapter à des règles et à

des routines. Il s'est par exemple montré ponctuel au rendez-vous d'expertise, capable de respecter les codes de la communication, ce qui ne suggère aucun déficit dans ce registre.

Si l'assuré se plaint de troubles de la concentration, ses propos sont contradictoires à ce sujet et l'observation clinique structurée ne met en évidence que de légères difficultés de concentration. Ces dernières peuvent altérer légèrement la capacité de l'assuré à intégrer de nouvelles consignes. La capacité à planifier et à structurer les tâches peut s'en trouver légèrement abaissée. Il faut toutefois relever que l'assuré a travaillé dans des emplois simples. Les troubles de la concentration relevés ne devraient donc pas constituer un frein majeur.

La flexibilité et les capacités d'adaptation sont légèrement abaissées : l'assuré peut, en fonction de ses symptômes dépressifs, avoir plus de difficulté à faire face à des modifications d'exigence au travail, à des modifications d'horaire à court terme (en raison de ses troubles du sommeil) alors que le fait de changer de locaux, ou de faire face à de nouveaux partenaires sociaux est préservé.

Si l'assuré ne dispose pas d'une formation professionnelle reconnue en Suisse, il a pu travailler dans différents postes non qualifiés, en faisant preuve d'implication, avec un comportement adapté. Dans ce sens, il peut s'appuyer sur ses expériences professionnelles préalables, en tenant compte de façon adéquate de son expérience de vie.

La capacité de prendre des décisions et d'émettre un jugement peut être légèrement abaissée par les symptômes thymiques et la fatigue psychique qui découle du syndrome dépressif. L'assuré ne manifeste par contre pas de grave trouble de la logique. On ne constate pas de trouble formel de la pensée au status et l'assuré reste globalement en mesure de percevoir les faits de façon différenciée en fonction du contexte et d'en tirer des conclusions adaptées.

La capacité d'endurance peut être moyennement abaissée par les troubles du sommeil et la fatigue chronique qui en découle (en plus de la fatigue pathologique qui découle du syndrome dépressif).

Les capacités d'affirmation sont légèrement abaissées, l'assuré présentant une estime de soi fragilisée, avec une tendance à la dévalorisation. On doit pondérer cet aspect par le fait qu'une attitude passive de déconditionnement joue un rôle d'éloignement des contacts sociaux.

Dans la même logique, le sens du contact envers des tiers est certes abaissé, mais l'assuré s'est déconditionné dans une attitude passive qui s'écarte des seules conséquences liées au syndrome dépressif. Ne souffrant pas d'un grave trouble de la personnalité, l'assuré reste en mesure d'établir des relations informelles avec d'autres personnes, tels les collègues, voisins ou connaissances, et d'interagir adéquatement, en tenant compte d'autrui, et en respectant les codes usuels de la communication et de l'empathie.

La même réflexion s'applique à la capacité d'évoluer au sein d'un groupe. L'assuré est certes éloigné des activités sociales et

associatives, mais un déconditionnement doit être pris en compte, dans une dynamique de majoration. De façon globale, la capacité de l'expertisé de discerner les règles explicites et informelles d'un groupe et de s'y adapter est préservée.

Les relations avec les proches semblent actuellement caractérisées par certaines tensions. La capacité à donner et à recevoir un soutien affectif significatif semble légèrement à moyennement abaissée.

Les activités spontanées décrites par l'assuré sont peu nombreuses. Ici également, on doit tenir compte des mécanismes de majoration qui ne permettent pas de relier exclusivement l'absence d'activité spontanée à la pathologie dépressive constatée. Des facteurs extra-médicaux jouent aussi un rôle dans cette passivité.

L'hygiène et les soins corporels ne posent pas [de] problème spécifique, de même que les capacités de déplacement.

Au final, cette investigation met en évidence certaines limitations fonctionnelles psychiques, qui ne sont toutefois pas dominantes par rapport aux ressources résiduelles. Cette estimation servira de base à l'estimation chiffrée de la capacité de travail."

Finalement, l'expert psychiatre a posé une appréciation pondérée de la situation et de la capacité de travail résiduelle de l'assuré.

cc) Cette évaluation détaillée, exposant de manière circonstanciée les difficultés imposées par la situation médicale et les raisons qui ont conduit l'expert psychiatre à retenir les diagnostics posés, ne saurait être remise en cause par les autres pièces figurant au dossier. En particulier, le fait que le recourant n'ait plus travaillé depuis 2017 comme le fait que le psychiatre traitant retienne un trouble dépressif récurrent qu'il fait remonter à la blessure par balle en 1989 au Kosovo, ne sont pas susceptibles de mettre en doute le bien-fondé de l'appréciation de l'expert psychiatre à la CRR. Il n'y a aucune pièce médicale qui permet de valider une telle hypothèse. Il en est de même dans les propos de l'assuré lors de l'expertise, qui ne décrit pas formellement de perturbation dépressive avant 2015. On retrouve de plus des avis divergents dans le dossier, notamment le rapport du 29 avril 2019 du DrW. _____ qui ne rapporte pas de trouble psychiatrique, alors qu'une telle hypothèse est évoquée dans le cadre d'une expertise rhumatologique antérieure et dans certains rapports neurologiques, sans toutefois qu'elle ne soit confirmée par un spécialiste en psychiatrie.

e) Les experts de la CRR ont dûment motivé leurs conclusions et, s'en tenant à leur rôle d'experts, ont distingué les éléments subjectifs basés sur les plaintes exprimées et leurs propres constatations médicales pour évaluer la répercussion de l'ensemble des diagnostics retenus sur la capacité de travail. Leur rapport d'expertise pluridisciplinaire (de médecine interne, neurologie, psychiatrie et rhumatologie) du 26 octobre 2020 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3e-f supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte des anamnèses détaillées et décrit le contexte déterminant. Reposant sur l'ensemble des pièces médicales au dossier et sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire et pondérée de la situation par des spécialistes, et aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions.

f) Vu ce qui précède, sous la réserve d'une période d'incapacité liée aux suites directes de l'accident, soit à 100 % du 30 septembre 2015 au 23 mai 2016, la Cour de céans considère que l'intimé a retenu à juste titre que le recourant disposait d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée au plan somatique tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : « *pas d'activités fines nécessitant de la force ou de la dextérité manuelle, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de positions en porte à faux du dos ou statiques prolongées, pas de déplacements prolongés ou en terrain irrégulier, pas de montée sur des échelles* ». Une capacité de travail complète dans une telle activité adaptée avec une baisse de rendement de 40 % sur le plan psychiatrique est fixée au mois de septembre 2019, soit le mois au cours duquel l'assuré a débuté un suivi psychiatrique (cf. rapport du Dr I. _____ du 4 mars 2020, p. 1). Etant donné l'impossibilité de valider formellement une baisse de rendement pour des motifs psychiques à une date antérieure, en présence d'une aggravation de l'état de santé pour des motifs psychiatriques dès le mois de septembre 2019, ce qui constitue une nouvelle atteinte à la santé sans aucun lien avec les affections somatiques, un nouveau délai d'attente d'un an, au sens de l'art. 28 al. 1

let. b LAI, doit être appliqué, comme l'a retenu à juste titre l'intimé dans sa décision. Un complément d'instruction sur ce point n'est pas nécessaire.

5. S'agissant du calcul du taux d'invalidité et en particulier des éléments économiques retenus, le recourant n'a soulevé aucun grief à cet égard, hormis en ce qui concerne le taux de capacité de travail constaté ci-avant. Il n'y a pas lieu d'y revenir plus en détail.

6. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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 pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

d) Le recourant 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 Paul-Arthur Treyvaud peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 11 janvier 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'492 fr. 70, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de

l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 16 juin 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Paul-Arthur Treyvaud, conseil du recourant, est arrêtée à 1'492 fr. 70 (mille quatre cent nonante-deux francs et septante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire 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 du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Paul-Arthur Treyvaud (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :