

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 octobre 2022

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Berberat et Durussel, juges  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; 87 al. 2 - 3 et 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant kosovar, est arrivé en Suisse en [...]. Il est actuellement au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C). Il est marié et père de trois enfants, nés en [...], [...] et [...]. Sans formation professionnelle, il a notamment travaillé en Suisse comme aide-constructeur métallique, puis comme aide-réviseur de citernes. Il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 11 septembre 2007, en raison de lombalgies sur discopathie. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a nié le droit à une rente, par décision du 25 septembre 2008, en considérant que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire, dans laquelle il pourrait alterner les positions debout et assise, sans port de charge supérieure à 15 kilos ni travaux en porte-à-faux ou penché en avant. Il pouvait y réaliser un revenu excluant le droit à une rente. L'OAI se fondait notamment sur un rapport médical établi le 12 juin 2008 par le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin au SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), dans lequel celui-ci faisait état, au terme d'un examen clinique, de lombalgies chroniques sans trouble neurologique et d'une discopathie modérée L5-S1 ainsi que d'une sarcoïdose à localisations multiples, compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée telle que décrite ci-avant.

**b)** L'assuré a repris une activité professionnelle, d'abord comme chauffeur-livreur pour le compte de la société P.\_\_\_\_\_ Sàrl à [...], puis comme ouvrier de production au service de l'N.\_\_\_\_\_ SA à [...]. Dans les deux cas, il a bénéficié dans un premier temps d'une aide au placement de l'assurance-invalidité, avec des allocations d'initiation au travail. Dans le contexte d'une incapacité de travail dès le mois de novembre 2014, le dernier employeur a résilié les rapports de travail le liant à l'assuré pour le 31 avril 2015.

**B. a)** Le 27 mai 2015, Z.\_\_\_\_\_ a déposé une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'OAI a nié le droit à une rente et à des mesures de reclassement professionnel par décision du 9 janvier 2017. Il a toutefois alloué des allocations d'initiation au travail dans l'entreprise de plâtrerie-peinture S.\_\_\_\_\_ Sàrl au [...], dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, comme aide-peintre et chauffeur-livreur.

**b)** Le Dr T.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a attesté une incapacité de travail de l'assuré dès le 5 mars 2018. L'assuré a été hospitalisé à la C.\_\_\_\_\_ du 20 au 27 avril 2018. Il a ensuite été suivi par le [...] de la C.\_\_\_\_\_, jusqu'au 8 août 2018. Pendant cette période, la Dre L.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe, a régulièrement attesté une incapacité de travail totale. Parallèlement, l'assuré a entrepris un traitement au [...] du V.\_\_\_\_\_ (V.\_\_\_\_\_) en raison d'une dépendance aux jeux d'argent, où il a été suivi par la psychologue B.\_\_\_\_\_. Le 26 octobre 2018, l'employeur a résilié les rapports de travail le liant à l'assuré pour le 31 décembre 2018.

**C.** Entre-temps, Z.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 18 octobre 2018, en raison de douleurs dorsales pour lesquelles une opération était prévue le 26 octobre 2018, ainsi qu'en raison d'une dépression.

Dans le cadre de son instruction de cette nouvelle demande de prestations, l'OAI a recueilli un rapport du 25 juillet 2018 de la Dre L.\_\_\_\_\_ et du psychologue X.\_\_\_\_\_. L'assuré a subi une opération du dos (arthrodèse L5-S1 par abord antérieur [protocole opératoire du 8 janvier 2019]) pratiquée le 26 octobre 2018 au K.\_\_\_\_\_ (K.\_\_\_\_\_) par les Drs R.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et M.\_\_\_\_\_, médecin-chef du Service d'orthopédie et de traumatologie au K.\_\_\_\_\_ (K.\_\_\_\_\_).

Toujours dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations, l'OAI s'est vu communiquer le dossier constitué par

A. \_\_\_\_\_ SA, assureur perte de gain. Dans un rapport d'expertise du 24 janvier 2019 adressé au médecin-conseil de cette assurance, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a posé les diagnostics de status après trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25) réactionnel à une menace de séparation conjugale dans le contexte d'une grave addiction au jeu (F63.0), de status après arthrodeuse L5-S1 effectuée le 26 octobre 2018, de lombalgies chroniques anciennes et de status après traumatisme de la cheville gauche en janvier 2018. En conclusion, cet expert a estimé qu'en dépit de son addiction l'assuré était capable de travailler, avec la précision que l'exercice d'une activité professionnelle structurée limiterait les opportunités de jeux. L'expert était par ailleurs convaincu qu'en raison de la persistance de ses douleurs rachidiennes (avec développement de douleurs s'étendant au rachis cervical et aux membres supérieurs depuis l'opération chirurgicale évoquant une évolution vers un syndrome somatoforme douloureux), l'intéressé ne reprendrait « probablement pas de sitôt, voire jamais » une quelconque activité professionnelle.

Dans un rapport du 17 avril 2019 adressé à l'OAI, la Dre D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, cheffe de clinique au [...] du V. \_\_\_\_\_, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif majeur (F32.10) depuis le début 2018 ainsi qu'un jeu pathologique (F63.0) depuis l'adolescence, sans effet sur la capacité de travail. Elle a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré en toute activité et proposé de réévaluer la nouvelle stratégie antidépressive (Venlafaxine® ER 75 mg/l. et Atarax® cpr 25 mg/j.) datant de moins d'un mois, avec une augmentation du dosage si nécessaire, et de poursuivre la psychothérapie.

Dans un rapport du 5 novembre 2019 à l'OAI, la Dre D. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif majeur, d'intensité moyenne F32.1 et de jeu pathologique F63.0. Elle a précisé qu'il existait une intrication des éléments psychologiques avec le tableau de douleurs chroniques, dans le sens où les douleurs quotidiennes semblaient directement impacter le moral de l'assuré et réduisaient

beaucoup ses possibilités de récupération avec des idées d'avenir bouché et de suspension de ses projets. Sa vie quotidienne était limitée en fonction des lancées douloureuses. Listant des restrictions fonctionnelles (à savoir, une fatigabilité importante, un envahissement anxio-dépressif limitant les possibilités de concentration et de mobilisation de la pensée sur les tâches professionnelles, un apragmatisme rendant difficile la possibilité de mobilisation sur la réalisation de tâches, des troubles du sommeil entraînant un décalage de phase et une impossibilité à suivre des horaires classiques de travail ou de se montrer régulier dans un cadre horaire, ainsi que des difficultés cognitives empêchant la mémorisation et la mise en pratique des tâches et leur maintien dans le temps), ce médecin a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans son activité de chauffeur-livreur, comme dans toute autre activité professionnelle.

Suivant le point de vue du SMR (avis du 20 novembre 2019 des Dres I. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_), l'OAI a mandaté le Y. \_\_\_\_\_ (Y. \_\_\_\_\_) à [...] en vue de réaliser une expertise bidisciplinaire (orthopédique et psychiatrique) de l'assuré. Les Drs H. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport d'expertise le 5 février 2020. Posant le diagnostic incapacitant de « *Failed back surgery* » ainsi que ceux, sans incidence sur la capacité de travail, de jeu pathologique (F63.0) et d'épisode dépressif léger en rémission (F32.0), les experts ont estimé de manière consensuelle que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle d'aide-peintre en bâtiment était nulle depuis mars 2018 en raison du traitement de la cheville droite (entorse le 30 janvier 2019) et de la présence de lombalgies basses incapacitantes. La capacité de travail médico-théorique était en revanche de 100 % dans un travail sédentaire avec changement de position toutes les quarante minutes, pas d'escaliers, d'échafaudages ou d'échelles, et pas de travail en porte-à-faux, ni en flexion antérieure du rachis, et ceci dans un délai de six mois depuis l'intervention chirurgicale de l'automne 2018.

Le 24 mars 2020, les experts du Y. \_\_\_\_\_ ont établi un complément d'expertise à la demande de l'OAI. L'expert H. \_\_\_\_\_ a

indiqué que l'assuré était capable de travailler dans une activité adaptée depuis mai 2019, avec la précision qu'en cas de reprise de la spondylodèse, l'assuré serait dans un premier temps totalement incapable de travailler. Il serait ensuite capable de reprendre le travail à 100 % dans toute activité si les suites de l'intervention étaient favorables. En cas d'échec de la spondylodèse par voie postérieure, les limitations fonctionnelles seraient celles précédemment décrites pour une activité adaptée. De son côté, l'expert F. \_\_\_\_\_ a répondu aux questions complémentaires du médecin-conseil de l'OAI comme suit :

**“2-Au plan psychique, merci de préciser les raisons qui vous poussent à vous écarter des diagnostics retenus par vos confrères ?**

Nos confrères retiennent un diagnostic F63.0, jeux pathologique.  
En page 19, nous retenons [u]n diagnostic F63.0, jeux pathologique.  
Nos confrères retiennent un diagnostic en 2018 F32.10 Episode dépressif moyen sans syndrome somatique

En page 19, nous retenons et justifions : **F 32.0 : épisode dépressif léger** en rémission.

Il existe une humeur dépressive avec une baisse de l'intérêt et du plaisir en-dehors de l'activité de jeux. Il existe une fatigabilité, une baisse de l'estime de soi et des idées de dévalorisation. Il n'y a pas de perte de la capacité de concentration et d'attention. Il n'y a plus d'actes auto-agressifs ou de diminution de l'appétit.

Il s'agit, du reste, de l'évolution classiquement admise, des épisode[s] dépressif[s] moyen[s] sans syndrome somatique.

Nous mentionnons en page 21 Effectivement cet assuré n'est plus en proie à des idées suicidaires, Il est exempt de manifestations psychotiques florides. Il est au bénéfice d'une modulation affective efficiente. Il perdure un épisode dépressif léger réactionnel aux difficultés existentielles, notamment financières de cet assuré (...) Il n'existe pas de limitations uniformes des activités dans tous les domaines comparables de l'existence chez un assuré qui continue de s'intéresser aux jeux, visionne la télévision, surfe sur internet, se rend en vacances dans son pays d'origine et cherche à trouver des solutions à ses problèmes financiers.

**3-Un état dépressif sévère a-t-il été présent ? Si oui, quand retenez-vous une amélioration de l'état de santé ? Si non, merci d'argumenter vos propos.**

Dans le dossier médical que vous avez mis à notre disposition, il ne figure pas d'épisode dépressif sévère F32.2.

En page 21, nous écrivions : La capacité de travail est de 100% depuis toujours en l'absence de psychopathologie incapacitante chez cet assuré.

#### **4-Quelle est l'évolution de la CT [capacité de travail] au plan psychique depuis l'hospitalisation en avril 2018 ?**

En page 39 nous écrivons : La capacité de travail est entière. La CT est de 100% depuis toujours au motif psychiatrique, en l'absence de psychopathologie incapacitante dans ce cas.

Seules des inflexions ponctuelles de la CT ont pu être retenues telles qu'en APG [assurance perte de gain], notamment au décours de l'hospitalisation en psychiatrie de 2018. [...]"

Le 19 juin 2020, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de refus de prestations, hormis l'octroi d'une mesure d'aide au placement à laquelle l'intéressé a par la suite renoncé le 16 septembre 2020. Sur le plan médical, l'OAI a constaté qu'à l'échéance du délai de carence d'une année depuis l'incapacité de travail débutée le 5 mars 2018, l'assuré disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (à savoir, travail sédentaire avec changement de position toutes les quarante minutes, éviter les escaliers, échafaudages et échelles, pas de travail en porte-à-faux ni en flexion antérieure du rachis, la possibilité de pouvoir librement passer de la position assise à debout). Il pouvait y réaliser un revenu excluant le droit à une rente. Des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière demeurait à la portée de l'intéressé, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. Le droit à un reclassement professionnel n'était pas ouvert.

L'assuré, désormais assisté par Me David Métille, a contesté le projet de décision du 19 juin 2020 en produisant notamment, le 24 novembre 2020, les réponses du 11 septembre 2020 du Dr R. \_\_\_\_\_ ainsi que du 21 octobre 2020 du Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et de la psychologue B. \_\_\_\_\_, à un questionnaire qu'il leur avait adressé, ainsi qu'un rapport adressé le 4 mai 2020 par le Dr O. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, au Dr T. \_\_\_\_\_.

Le 9 février 2021, la Dre J. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a pris position sur les éléments transmis par l'avocat et a retenu ce qui suit :

"Discussion :

Au plan somatique, les douleurs lombaires sont réapparues rapidement après l'intervention d'octobre 2018 et étaient prises en compte lors de l'expertise en janvier 2020. L'examen clinique du Dr O. \_\_\_\_\_ en mai 2020 est tout à fait rassurant et il semble que l'assuré, malgré les douleurs alléguées, ne prenne que 3-4 cpr de Dafalgan par jour, ce qui correspond à un traitement léger. Les douleurs ne permettent en effet pas une activité normale mais les LF [limitations fonctionnelles] retenues en tiennent compte, l'activité adaptée devant être un travail sédentaire avec changement de position toutes les 40 min et la possibilité de passer librement en position debout.

Au plan psychique, le rapport médical du centre du jeu ne contient pas d'éléments cliniques objectifs mais repose sur les symptômes décrits par l'assuré (« d'après les dires de Monsieur », « le patient témoigne de »,...) et relevés dans l'expertise (présence de fatigue, troubles de la mémoire, fatigue, idées suicidaires, estime de soi diminuée,...). Nous sommes également surpris que les échanges avec ses proches soient décrits comme superficiels et en aucun cas un soutien affectif alors qu'il demande à espacer le suivi afin de se consacrer à sa famille et à la naissance de son 3<sup>e</sup> enfant. Le projet d'agrandissement de la famille démontre également la présence de ressources. Le maintien d'une psychothérapie à une fréquence bimensuelle est en défaveur d'une péjoration clinique, d'autant plus que l'assuré a souhaité espacer celui-ci et a arrêté sa médication de lui-même. Pour finir, nous émettons des doutes quant à la valeur médicale de ce rapport signé par Mme B. \_\_\_\_\_, psychologue, et contresigné par le Dr U. \_\_\_\_\_, ce dernier intervenant n'ayant jamais vu l'assuré, qui n'a pour ainsi dire pas été suivi au plan médical au cours de l'année 2020 (2 consultations psychiatriques).

En résumé, tant au plan somatique que psychique, les conclusions figurant dans le dernier avis SMR restent valables."

Par décision du 11 août 2021, l'OAI a intégralement confirmé son préavis de refus de rente et de mesures d'ordre professionnel du 19 juin 2020. La comparaison entre le revenu avec invalidité (64'700 fr. 23) et celui sans invalidité (52'884 fr. 10) excluait un préjudice économique, et partant tout droit à une rente d'invalidité en faveur de l'assuré.

**D.** Par acte du 15 septembre 2021, Z. \_\_\_\_\_, représenté par Me David Métille, a recouru contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2019. Il a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite. En annexe à son mémoire, le recourant a notamment produit un rapport du 24 août 2021 adressé par les Dres E.a. \_\_\_\_\_ et B.a. \_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique et

médecin assistant au [...] du V. \_\_\_\_\_ qui ont répondu au questionnaire que leur avait adressé l'avocat comme suit :

*“1° Quelle a été l'évolution des diagnostics retenus de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), depuis octobre 2020 à ce jour ?*

1. Depuis la reprise du suivi de Mr Z. \_\_\_\_\_ le 1.11.2020 au Service de médecine des Addictions, le patient a présenté un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement sévère (F33.2). En raison de la majoration de ses symptômes physiques et psychiques qui invalident le patient dans ses déplacements, un transfert du suivi psychiatrique dès le 05.07.21 auprès du Dr A.a. \_\_\_\_\_ à [...] a été décidé.

*2° Quels ont été les traitements qui ont été prescrits au patient dans l'intervalle ?*

2. Depuis le 01.11.2020, en raison de la péjoration de la symptomatologie dépressive de M. Z. \_\_\_\_\_ avec l'apparition d'importants troubles du sommeil de type insomnie avec somnolence diurne, nous avons réintroduit un traitement antidépresseur. D'abord du Remeron puis, en raison de nombreux effets secondaires, nous avons introduit du Wellbutrin XR 150mg que l[e] patient tolère bien. Si ce traitement a pu améliorer les troubles du sommeil et permettre au patient de se mobiliser plus facilement, la baisse thymique et les angoisses restent encore très présentes.

*3° Est-ce que l'interruption de toute médication, ainsi que l'espacement des consultations de la psychothérapie constitue bien un indice allant à l'encontre d'une évolution défavorable de l'état de santé psychique du patient ? Dans la négative, pour quels motifs ?*

3. Je ne peux pas répondre à cette question car lors de la reprise de mon suivi, un traitement psychotropes a été réintroduit et le suivi psychiatrique intensifié.

*4° De même, est-ce que l'interruption de toute médication, ainsi que l'espacement des consultations de la psychothérapie constitue bien un indice allant dans le sens de l'existence d'une capacité de travail complète sur un plan psychiatrique ? Dans la négative, pour quels motifs ?*

4. Cf. question 3

*5° Est-ce que vous pouvez confirmer le fait que l'espacement des consultations de psychothérapie poursuivait le but de permettre au patient de se consacrer à sa famille et à la naissance de son 3<sup>ème</sup> enfant ? Dans la négative, pour quels motifs ?*

5. L'environnement familial semble être une source de stress pour le patient qui s'isole dans sa chambre et ne supporte pas le bruit de ses enfants, raison pour laquelle un suivi psychiatrique intensif a été repris et une médication instaurée.
- 6° *Est-ce que le fait que le patient ait pu manifester son envie de se consacrer davantage à sa famille et à son 3<sup>ème</sup> enfant pourrait constituer un indice allant dans le sens de l'existence d'une capacité de travail complète sur un plan psychiatrique ? Dans la négative, pour quels motifs ?*
6. Cf. question 5
- 7° *Est-ce que le fait que le patient n'aurait bénéficié de consultations auprès d'un psychiatre qu'à 2 reprises au cours de l'année 2020 pourrait constituer un indice tendant à relativiser le degré de gravité de l'état de santé psychique du patient ? Dans la négative pour quels motifs ?*
7. Cf. question 3.
- 8° *Est-ce que les symptômes retenus pour expliquer les diagnostics retenus par vos soins ne se fonderaient que sur la base des propos rapport[é]s par le patient ? Est-ce que de tels symptômes ont pu être « objectivés » ou à tout le moins constatés ? Dans l'affirmative, de quelle manière ?*
8. Nous avons pu objectiver un trouble dépressif récurrent ainsi que les symptômes suivants : une humeur dépressive et irritable accompagnée d'une diminution marquée du plaisir pour les actes de la vie quotidienne, un ralentissement psychomoteur rendant souvent les consultations en présence compliquées (recours aux consultations téléphoniques), une diminution de l'aptitude à penser avec un important sentiment de dévalorisation et une forte indécision ainsi qu'une fatigue quotidienne induisant une détresse significative et une altération du fonctionnement social de Mr Z.\_\_\_\_\_ (impossibilité de s'occuper de [s]es enfants, p. ex).
- 9° *Actuellement, est-ce que le patient serait en mesure de réintégrer le marché ouvert du travail, même à taux partiel (50%) ? Dans l'affirmative à quelles conditions ? Dans la négative, pour quels motifs ?*
10. N'ayant plus vu le patient depuis son transfert au cabinet du Dr A.a.\_\_\_\_\_, il faudrait vous renseigner auprès de ce dernier. En l'état et si nous devons nous baser sur l'évolution du patient jusqu'à son transfert au cabinet du Dr A.a.\_\_\_\_\_, en raison de son état dépressif récurrent, épisode actuellement sévère et de la difficulté à stabiliser le patient sur le plan médicamenteux, ce dernier ne serait pas en mesure de réintégrer le marché du travail et cela même à un taux bas."

En bref, le recourant a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de

l'expertise du Y.\_\_\_\_\_. Ce faisant, il s'opposait à la capacité de travail entière retenue dans des activités adaptées depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019. Le recourant s'est également plaint de l'absence d'autorisation de pratiquer en Suisse de la Dre J.\_\_\_\_\_. Il a également contesté l'instruction économique du cas, en particulier le calcul du revenu sans invalidité. Selon ses propres calculs, il présentait un taux d'invalidité de 86,06 %, avant abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité, ce qui lui ouvrirait le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2019.

Dans sa réponse du 19 octobre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

Par décision du 27 octobre 2021, Z.\_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 15 septembre précédant. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Me David Métille a été désigné conseil d'office.

Le 20 décembre 2021, en réplique, maintenant ses précédentes conclusions, le recourant a de nouveau produit le rapport du 24 août 2021 des médecins du [...] du V.\_\_\_\_\_. En lien avec sa critique de la valeur probante du rapport d'expertise du Y.\_\_\_\_\_ et son complément, il a insisté sur les contradictions entre ce document et les avis des médecins consultés, à savoir le Dr O.\_\_\_\_\_, ainsi que, sur le plan psychiatrique, le Dr U.\_\_\_\_\_ et la psychologue B.\_\_\_\_\_, la Dre D.\_\_\_\_\_ ainsi que les Dres E.a.\_\_\_\_\_ et B.a.\_\_\_\_\_.

Dans sa duplique du 13 janvier 2022, produisant un avis du 11 janvier précédant de la Dre J.\_\_\_\_\_ auquel il se ralliait, l'OAI a conclu à l'opportunité d'interroger le Dr A.a.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatre et en psychothérapie, afin de préciser l'éventuelle atteinte durablement incapacitante constatée par ses consœurs du V.\_\_\_\_\_, le diagnostic, l'évolution depuis janvier 2020, en particulier la date d'aggravation, le statut actuel, les répercussions dans tous les domaines de la vie, la fréquence du suivi et le traitement en cours, la nécessité d'une

hospitalisation ainsi que son appréciation de la capacité de travail comprenant l'évolution depuis janvier 2020.

Le recourant a adressé, le 13 mai 2022, un questionnaire au Dr A.a. \_\_\_\_\_ qui a rédigé un rapport du 10 juin 2022, libellé en ces termes :

"1. *Depuis quelle date suivez-vous Monsieur Z. \_\_\_\_\_ et à quelle fréquence ?*

Monsieur Z. \_\_\_\_\_ a débuté un suivi psychiatrique dans mon cabinet, le 01 juillet 2021, à la fréquence de deux entretiens par mois.

2. *Quels sont les diagnostics à caractère psychiatrique que vous êtes actuellement en mesure de retenir ?*

2.1. Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, en rémission partielle F33.5

2.2. Jeux pathologiques F63.0

3. *Quelle a été l'évolution des diagnostics à caractère psychiatrique depuis novembre 2020 à ce jour et leur influence sur le taux de capacité de travail du recourant ?*

Depuis 05 juillet 2021, la date de début de suivi psychothérapeutique par mes soins, j'ai pu constater la présence régulière de phases dépressives caractérisées par une humeur abaissée avec tristesse, une perte d'élan vital, un repli sur soi, des troubles du sommeil sous forme d'insomnies, une grande passivité, un apragmatisme, par moments jusqu'à avoir [des] difficultés à assurer ses besoins de base (ne pas vouloir se nourrir). L'énergie vitale est bien réduite et associée à une sensation de mal être, d'inutilité et parfois une méfiance envers l'entourage mais aussi envers le système de santé. Par ailleurs le patient est épuisé, ses ressources psychiques sont réduites, il présent[e] des troubles de la concentration, une fatigabilité importante, il se sent fragile et incapable de gérer du stress, la pression et parfois son quotidien. Par contre, en présence des épisodes [de gravité] moyennes ou sévères, le trouble dépressif a été incapacitant sur le plan de toute activité. Dans les moments de crise, ce qui lui est arrivé à plusieurs reprises, Monsieur Z. \_\_\_\_\_ exprimait des idées suicidaires et l'hospitalisation a été considéré[e] comme option de prise en charge mais a pu être évité[e] à l'insistance du patient, et [au] moyen de l'augmentation de la fréquence des entretiens. Actuellement, M. Z. \_\_\_\_\_ se présente sur un versant dépressif, caractérisé par un repli sur soi, une réduction de l'activité, un abaissement de l'humeur, un ralentissement psychomoteur, un apragmatisme. Je relève également une importante perméabilité à ce qui l'entoure, son état affectif étant très vite impacté de manière majeure par les événements qui le touchent, comme p. ex. les exigences administratives ou de plus en plus aussi des difficultés lié[e]s à son image et statut dans sa propre famille.

A ce diagnostic il s'ajoute aussi la problématique de jeux pathologique, trouble qui au fur et mesure d'avancement de traitement a marqué une évolution positive, mais qui reste bien lié à la présence de symptomatologie dépressive.

4. *Avez-vous pu constater une aggravation de l'état de santé du patient depuis novembre 2020 ou plus tard ? Dans l'affirmative, en quoi aurait consisté l'aggravation observée sur un plan psychiatrique ?*

Au fur et mesure du suivi psychothérapeutique, j'ai pu observer une fluctuation de l'état psychique du patient avec des moments de stabilisation, mais dans un degré de seuil bas, qui lui permet, en dehors de moments de crise, de pouvoir poursuivre ses activités au quotidien sans mettre en danger sa santé. Néanmoins, il faut tenir compte de l'apparition régulièrement des épisodes avec des idées dévalorisantes importantes qui par moments allaient jusqu'à mentionner la présence des idées passagères suicidaires.

5. *Quel traitement thérapeutique avez-vous prescrit au patient ?*

Le patient bénéficie actuellement de :

5.1. Soutien psychothérapeutique et

5.2. le traitement médicamenteux par Wellbutrin XR cpr ret 150mg, 1x/j (le matin) et de Temesta cpr 1mg, 1x/j, au cas d'anxiété ou de tension majeure.

6. *Quelle a été la compliance du patient face au traitement thérapeutique prescrit ? Dans la négative, pour quels motifs ?*

Le suivi psychothérapeutique est marqué, depuis le début de suivi, d'une compliance thérapeutique exemplaire, suivi qui est très bien investi par le patient.

7. *La situation sur un plan psychiatrique est-elle actuellement stabilisée ? Dans l'affirmative, à partir de quelle date la stabilisation pourrait-elle être retenue ?*

Sur le plan psychiatrique, on ne peut parler d'une stabilisation clinique mais dans un [seuil] bas de fonctionnement, état clinique qui reste fluctuant et très fragile. Dans les phases de stabilisation, le trouble dépressif récurrent valide une fragilité anormale face aux facteurs de stress et la chronicité de l'affection a un impact sur le pronostic, en particulier en ce qui concerne s[a] capacité de travail. Le décalage constant entre ses aspirations et ses capacités réelles pour les concrétiser associé à une grande méfiance vis-à-vis du système de santé, sur lesquels il projette la responsabilité de l'absence de résultats de sa prise en charge, fait qu'il est extrêmement difficile d'accompagner le patient vers une stabilisation durable.

8. *Quelles pourraient être les restrictions, sur un plan psychiatrique, en cas de reprise d'une activité professionnelle, dans une activité professionnelle adaptée, même à un taux réduit ?*

Monsieur Z. \_\_\_\_\_ est très sensible aux facteurs de stress et même à ceux ordinaires de la vie de tous les jours avec sa famille, son épouse et les enfants. L'hypersensibilité qui le caractérise fait qu'il est très impacté dans les activités il peut réagir de façon disproportionnée à des critiques qui se heurtent à sa rigidité et [à] l'image de soi déjà très fragilisé[s], ce qui probablement peut se manifester aussi dans une activité professionnelle. S'il est volontaire à vouloir intégrer un lieu de travail adapté, il est fort susceptible qu'il ne pourra pas le faire toujours adéquatement. Il peut prendre de mauvaises décisions en conséquence voir[e] prendre des risques inacceptables. Le patient reste vulnérable aux situations qui l'exposent au stress et aurait besoin d'un accompagnement étroit dans son activité

surtout au cas de besoin de changement constant au vu d'une capacité faible à l'adaptation et [d']une concentration limitée.

9. *En cas de reprise d'une activité professionnelle, quels pourraient être les éventuels facteurs de mauvais pronostic ?*  
Les facteurs de mauvais pronostic dans une activité professionnelle adaptée qui peuvent avoir un impact sur l'état de santé d[e] Monsieur Z. \_\_\_\_\_ et auxquels il faut être bien attentif sont surtout l'apparition d'une symptomatologie dépressive. La moindre situation de pression augmente de manière significative cette symptomatologie et en phase de crise, des idées suicidaires scénarisées peuvent surgir. Il est à noter que dans ce tableau clinique, interviennent régulièrement [ses] soucis sur le plan de la santé physique.
10. *Est-ce que sur un plan strictement médical psychiatrique, le patient serait-il en mesure de faire face aux exigences du marché du travail, dans le cadre d'une activité adaptée ?*  
Les troubles psychiatriques dont souffre le patient, et surtout la symptomatologie dépressive, avec baisse de l'humeur marquée, troubles du sommeil, des idées suicidaires, réduisent les chances de réussite d'une intégration ou réadaptation professionnelle. Néanmoins, à mon avis, Monsieur Z. \_\_\_\_\_, en dehors de phases de la dépression marqué, pourrait supporter un rythme de travail peu soutenu, dans un travail bien adapté, à un taux de 20 à 40%.
11. *Quelles seraient les conditions pour permettre au patient de faire face aux exigences du marché ouvert du travail ? Est-ce que le patient disposerait des ressources personnelles en vue de remplir de telles conditions ?*  
Le patient devrait bénéficier de mesures professionnelles de réinsertion et de réadaptation pour pouvoir commencer une activité occupationnelle à bas seuil d'exigences tenant bien compte de restrictions sur le plan psychique et sur le plan physique.
12. *Quelle a été l'évolution de la capacité de travail de Monsieur Z. \_\_\_\_\_ depuis janvier 2020 dans le cadre d'un emploi adapté ? Prière de détailler avec précision les dates et le taux.*  
Je n'ai pas demandé à établir un certificat de l'incapacité de travail, toutefois vu l'état psychique très fluctuant de Monsieur Z. \_\_\_\_\_, le taux de capacité de travail sur le plan psychique, était par moments de 0% et dans les périodes de l'amélioration clinique, au maximum de 40%.
13. *Quelles répercussions les diagnostics actuels sur un plan psychiatrique exercent-ils sur le quotidien du patient ?*  
Le patient se décrit submergé par les tâches ménagères, la préoccupation au sujet de ses enfants et son couple. Lorsqu'il est très déprimé, il présente des difficultés à sortir de chez lui comme p.ex. pour faire des achats de la nourriture. Il est à noter que son discours reflète régulièrement une position centrale de ses enfants dans sa vie, et le désir de pouvoir bien leur apporter le rôle du père dans leur vie, parsemé par le sentiment de culpabilité de ne pas [...] être totalement présent [...] dans sa fonction du père, et très souvent des moments d'irritabilité et de colère à leur égard jusqu'à la peur de leur faire mal.
14. *Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) ?* Le poursuivi de traitement psychiatrique intégré reste nécessaire."

Le 21 juin 2022, le recourant a produit ce rapport et maintenu ses conclusions.

Le 14 juillet 2022, sur la base d'un avis du 11 juillet précédant de la Dre J.\_\_\_\_\_, l'OAI a fait part de la nécessité de la mise en œuvre d'un complément d'expertise au plan psychique afin de déterminer l'évolution de la capacité de travail du recourant depuis l'expertise réalisée au Y.\_\_\_\_\_ en janvier 2020.

Dans d'ultimes déterminations du 22 août 2022, le recourant a conclu au maintien de ses précédentes conclusions. Ce faisant, il opposait les compétences des médecins consultés à celles du SMR, tenant l'aggravation de son état de santé pour « incontestable » en étant d'avis que la mise en œuvre d'un complément d'expertise ne ferait que prolonger la procédure et générer des frais inutiles, le SMR lui-même retenant des éléments compatibles avec une péjoration de la situation psychique. En cas de doute sur l'aggravation en question, le recourant a requis un complément d'expertise.

### **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 litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 11 août 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'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).

**b)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**c)** 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).

**4. a)** Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la

décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

**b)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**5. a)** En l'occurrence, l'évaluation de l'état de santé du recourant doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'office intimé du 9 janvier 2017. L'office intimé avait rejeté la précédente demande de prestations sur la base d'un avis du 14 juin 2016 du Dr P.a. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, qui avait fait le point de la situation comme suit (pièce 98) :

"Conclusion :

1) La CT [capacité de travail] de l'assuré est sans conteste de 100% dans une activité tout-à-fait adaptée biomécaniquement.

Lever sol-taille : 10kg

Lever taille-tête : 9,5kg

Porter hauteur taille : 11kg

Pousser en statique : 47kg, en dynamique : 42kg

Tirer en statique : 53kg, en dynamique : 42kg

Porter main D /G : 11kg

Port global sur 50 minutes (moyenne N : H : 868 / F 560 kg) : 463 kg

2) L'activité qu'exerçait l'assuré suite à l'aide au placement réalisée en 2012 (GED 23.07.2012) ne respectait pas absolument les limitations fonctionnelles retenues par le Dr [...].

3) Au plan médical strict, l'état de santé de l'assuré justifie une aide au placement. Il convient à l'administration d'apprécier si cela est admissible au plan administrativo-juridique."

**b)** Dans le cadre de la nouvelle demande de prestations (la troisième) du 18 octobre 2018, l'autorité intimée a refusé d'allouer une rente d'invalidité et de mettre en œuvre des mesures professionnelles, au motif que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (travail sédentaire avec changement de position toutes les quarante minutes, éviter les escaliers, échafaudages et échelles, pas de travail en porte-à-faux, ni en flexion antérieure du rachis, et la possibilité de pouvoir librement passer de la position assise à la position debout), dès le 1<sup>er</sup> mars 2019. Il s'est fondé, principalement, sur le rapport d'expertise du Y.\_\_\_\_\_ (Drs H.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_) du 5 février 2020 ainsi que son complément du 24 mars 2020.

De son côté, le recourant conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Il discute la valeur probante de cette expertise et son complément, et se réfère en substance aux rapports établis par le Dr O.\_\_\_\_\_ ainsi que, principalement, par les médecins et psychologues du [...] du V.\_\_\_\_\_ et par le Dr A.a.\_\_\_\_\_.

**6. a)** 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).

**b)** La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste FMH (Fédération des médecins suisses) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C\_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir

s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**7.**           **a)** En l'espèce, l'intimé a mis en évidence, par un avis de son SMR du 20 novembre 2019 (pièce 185), que les rapports des 17 avril et 5 novembre 2019 de la Dre D.\_\_\_\_\_ n'étaient pas suffisamment convaincants pour établir l'incapacité de travail totale attestée et que l'état dépressif sévère constaté paraissait en contradiction avec le traitement, ainsi qu'avec les constatations de l'expert mandaté par l'assurance perte de gain A.\_\_\_\_\_ SA (Dr E.\_\_\_\_\_). Dans ces conditions, l'office intimé a donc estimé nécessaire de mettre en œuvre un expertise bidisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA. On ne saurait lui donner tort sur ce point.

L'expertise du Y.\_\_\_\_\_ (Drs H.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ) du 5 février 2020, complétée le 24 mars 2020, comporte un volet orthopédique et un volet psychiatrique. Elle répond aux critères posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 6a supra). Elle est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, comporte une anamnèse détaillée (basée sur un dossier complet mis à la disposition de ses auteurs), fait état des plaintes exprimées par le recourant, et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des examens complets, les diagnostics posés et les constatations des experts sur les répercussions des troubles physiques et psychiques sur la capacité de travail du recourant emportent la conviction.

**b)** Le recourant conteste la valeur probante de cette expertise et son complément au motif que le Y.\_\_\_\_\_ serait régulièrement mandaté par l'intimé pour des expertises médicales. Il se réfère sur ce point, à une émission diffusée en août 2020 par la RTS (télévision suisse romande). A cet égard, les allégations du recourant sont toutefois trop vagues pour valablement remettre en cause la jurisprudence constante du Tribunal fédéral d'après laquelle le fait qu'un médecin ou un Centre

d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) se voit confier régulièrement des mandats d'expertise par un assureur social n'est pas un motif suffisant pour fonder un manque d'objectivité (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 ; TF 9C\_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 4.2). L'argumentation du recourant relative au bref délai entre les examens des experts, pratiqués le 24 janvier 2020, et l'établissement du rapport d'expertise, est également manifestement infondée.

**c) aa)** Sur le plan orthopédique, le recourant conteste la valeur probante des constatations de l'expert H.\_\_\_\_\_. Il lui reproche d'avoir « passé sous silence la problématique de l'absence de fusion osseuse suite à l'intervention de 2018 », et d'avoir utilisé la terminologie de « pont osseux » en lieu et place de « fusion osseuse ». On voit toutefois mal en quoi la mention d'une « absence de pont osseux de part et d'autre de la spondylodèse » traduirait une « approche sémantique » destinée à « tenter de relativiser l'importance de l'absence de fusion osseuse ». Il s'agit d'un simple procès d'intention à l'encontre de l'expert, qui ne permet en aucun cas de dénier la valeur probante de ses constatations, contrairement à ce que soutient le recourant. En réalité, l'expert H.\_\_\_\_\_ a mentionné très clairement en anamnèse qu'une absence de pont osseux de part et d'autre de la spondylodèse avait été constatée en mars 2019, puis en août 2019, et enfin en octobre 2019. Il a expressément mentionné le constat d'une absence de fusion intersomatique L5-S1 en octobre 2019, puis en décembre 2019, avec un risque de pseudarthrose. L'expert constate finalement des lombalgies chroniques traitées sans succès par une arthrodèse et pose les diagnostics de « *Failed back surgery* » et de pseudarthrose au niveau lombaire, expliquant probablement les douleurs lombaires ressenties par l'assuré, avec une irradiation dans la jambe droite non constante. Il conclut à une incapacité de travail totale, en l'état, dans l'activité habituelle de peintre et chauffeur-livreur. Dans son rapport complémentaire du 24 mars 2020, il précise qu'en revanche, l'assuré disposait, dans une activité adaptée, d'une pleine capacité de travail dès le mois de mai 2019 ; il réserve toutefois une incapacité de travail totale dans toute activité, pour une durée temporaire, si la reprise chirurgicale projetée est réalisée. En cas de

succès de cette intervention, les limitations fonctionnelles actuelles pourraient être levées.

Quoi qu'en dise le recourant, ces constatations sont convaincantes et ne sont pas contredites par le Dr O.\_\_\_\_\_, qui estime que son examen du 4 mai 2020 n'est pas inquiétant et ne met en évidence aucun déficit sensitivomoteur, quand bien même il estime difficile de faire la part des choses, puisque toutes les mobilisations du bassin sont douloureuses à l'examen au lit. Cela conduit le Dr O.\_\_\_\_\_ à suspecter une pathologie sacro-iliaque, qu'il n'a toutefois pas investiguée davantage et dont il admet qu'il ignore si elle a été investiguée par le passé. Cette seule hypothèse, de la part d'un médecin qui ne disposait manifestement pas d'un dossier complet, et qui n'est confirmée par aucune autre pièce médicale, ne suffit pas à remettre en cause les constatations de l'expert H.\_\_\_\_\_. Il en va de même de la mention par le Dr O.\_\_\_\_\_, en anamnèse, du fait que l'assuré ne pouvait pas tenir la position assise plus de vingt à trente minutes, qui ne traduit pas les constatations du Dr O.\_\_\_\_\_ lui-même lors de l'examen clinique.

**bb)** Sur le plan psychiatrique, le recourant conteste la valeur probante des constatations de l'expert F.\_\_\_\_\_. Il ne soulève toutefois pas de grief particulier à ce propos, hormis ceux, tous généraux, dirigés contre le principe même d'une expertise confiée au Y.\_\_\_\_\_. Il met en revanche en évidence que les médecins du V.\_\_\_\_\_ portent une appréciation différente de l'expert F.\_\_\_\_\_ sur le degré de gravité de son état dépressif et sur sa capacité résiduelle de travail.

Il ressort effectivement d'un rapport du 17 avril 2019 de la Dre D.\_\_\_\_\_ qu'elle estimait nulle la capacité résiduelle de travail du recourant à l'époque, en raison d'un « état dépressif majeur », depuis le début de l'année 2018. Elle posait également le diagnostic de « jeu pathologique », depuis l'adolescence. Le patient présentait une humeur dépressive avec ralentissement psychomoteur, des ruminations anxio-dépressives quotidiennes et invalidantes, et des idées importantes de

culpabilité. Il existait des idées suicidaires présentes de façon fluctuante sans intentionnalité de passage à l'acte, des troubles du sommeil avec décalage en phase, une inversion du rythme nyctéméral et une tendance à l'hypersomnie diurne pour éviter les ruminations, ainsi que pour faire face à une asthénie importante. Ces troubles avaient un impact cognitif avec des difficultés de concentration, des capacités mnésiques réduites, une difficulté à se motiver pour les tâches de la vie quotidienne et une réduction des déplacements, une perte de plaisir dans les centres d'intérêts. Il y avait des idées de culpabilité importante avec autodépréciation, et un regard négatif sur le passé et le futur (cf. rubrique « 2.4 Constats médicaux complets sur la base des examens que vous avez pratiqués » du rapport du 17 avril 2019 de la Dre D.\_\_\_\_\_). Ce constat correspond à peu de chose près à celui des médecins de la C.\_\_\_\_\_ après la fin du traitement suivi dans cette institution en août 2018, ces médecins se montrant toutefois plus modérés et relativement optimistes pour l'avenir. Ils ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et de jeu pathologique, et ont estimé que l'état de santé était stabilisé et l'on pouvait s'attendre à une reprise progressive de la capacité de travail dans un délai de quelques semaines (cf. rapport du 25 juillet 2018 de la Dre L.\_\_\_\_\_ et du psychologue X.\_\_\_\_\_, Rép. 4 et 5 p. 2 et Rép. 7.2 p. 3). Les observations de la Dre D.\_\_\_\_\_ contrastent en revanche notablement avec celles du Dr E.\_\_\_\_\_, effectuées dans le cadre d'un mandat d'expertise de l'assurance perte de gain du recourant, en janvier 2019. En effet, l'expert E.\_\_\_\_\_ a exclu « actuellement tout état dépressif majeur » et a posé un diagnostic de « status après trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, réactionnel à une menace de séparation conjugale dans le contexte d'une grave addiction au jeu (F63.0) ». Il expose de manière détaillée et convaincante, dans son expertise, les raisons pour lesquelles il nie un état dépressif. L'expert E.\_\_\_\_\_ estime également que le recourant « ne souffre pas d'un trouble psychique qui puisse justifier à lui seul la poursuite de l'actuel arrêt de travail ». Il se montre néanmoins convaincu que le recourant ne reprendra pas d'activité professionnelle, en raison depuis plusieurs années d'une « évolution inéluctable vers un statut d'handicapé ». Il attribue cette évolution aux

troubles somatiques présentés par le recourant (douleurs dorsales), estimant toutefois que l'extension des douleurs fait évoquer une évolution vers un syndrome somatoforme douloureux (rapport d'expertise du 24 janvier 2019, pp. 11 - 13).

Dans un nouveau rapport du 5 novembre 2019, la Dre D.\_\_\_\_\_ pose les diagnostics d'épisode dépressif majeur, d'intensité moyenne, et de jeu pathologique. Elle estime à nouveau le recourant totalement incapable de travailler. Ces constatations sont pour le surplus quasiment identiques à celles décrites dans son précédent rapport du 17 avril 2019. Peu après, dans son rapport d'expertise du 5 février 2020, le Dr F.\_\_\_\_\_ réfute, comme l'avait fait précédemment le Dr E.\_\_\_\_\_, le diagnostic d'épisode dépressif majeur d'intensité moyenne, et constate un épisode dépressif léger, en rémission, ainsi qu'un jeu pathologique.

Au vu de ce qui précède, force est de constater une nette différence d'appréciation entre les Drs E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ d'une part, et la Dre D.\_\_\_\_\_, d'autre part, concernant la gravité des troubles psychiques du recourant en 2019 et au début de l'année 2020. Les experts E.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ s'appuient toutefois sur des constatations cliniques qu'ils décrivent de manière notablement plus détaillée que la Dre D.\_\_\_\_\_, qui ne rapporte pas avec précision ce qu'elle constate elle-même, ce que lui rapporte son patient, et ce qu'elle retient de ses conversations avec le médecin généraliste traitant. L'expert F.\_\_\_\_\_ a également procédé à un examen plus approfondi des ressources du recourant avant d'estimer qu'il disposait d'une pleine capacité de travail sur le plan psychique. Ses constatations et son appréciation de la gravité des troubles psychiques du recourant et de sa capacité résiduelle de travail, décrites au terme d'un rapport qui répond aux exigences de la jurisprudence, emportent la conviction, malgré l'avis contraire de la Dre D.\_\_\_\_\_.

Le recourant se fonde également sur les rapports du Dr U.\_\_\_\_\_ et de la psychologue B.\_\_\_\_\_, du 21 octobre 2020, ainsi que des Dres E.a.\_\_\_\_\_ et B.a.\_\_\_\_\_, du 24 août 2021, et A.a.\_\_\_\_\_,

du 10 juin 2022. Les Dres E.a.\_\_\_\_\_ et B.a.\_\_\_\_\_ font état d'une péjoration de sa symptomatologie dépressive entraînant, depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2020, l'apparition d'importants troubles du sommeil de type insomnie avec somnolence diurne. Cette augmentation de la symptomatologie a conduit les Dres E.a.\_\_\_\_\_ et B.a.\_\_\_\_\_ à réintroduire un traitement antidépresseur. Dans le même sens, il ressort en page 2 du rapport du 21 octobre 2020 du Dr U.\_\_\_\_\_ et de la psychologue B.\_\_\_\_\_ que les consultations ont été nettement espacées entre janvier et septembre 2020, avec sept consultations par la psychologue B.\_\_\_\_\_ pendant cette période. Il est possible que la pandémie de la Covid-19 ait contribué à cette réduction du nombre de consultations, mais il n'en reste pas moins que le patient a lui-même demandé un espacement des séances pour pouvoir se consacrer à sa famille (rapport du 21 octobre 2020, p. 3). Ces documents permettent de constater une péjoration de l'état de santé du recourant dès le mois d'octobre 2020. Ils n'autorisent pas, en revanche, de remettre en cause la valeur probante de l'expertise des Drs H.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, ni d'établir une péjoration notable de l'état de santé du recourant pour la période antérieure au mois d'octobre 2020. Les rapports auxquels se réfère le recourant restent par ailleurs insuffisants pour établir la capacité résiduelle de travail du recourant depuis cette date, de sorte qu'une instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise bidisciplinaire, sera nécessaire sur ce point.

**d)** Vu ce qui précède, il convient de constater, en particulier sur la base de l'expertise du Y.\_\_\_\_\_ et son complément, que le recourant a présenté une péjoration de l'état de son dos et, dans le courant de l'année 2018, une péjoration de son état de santé psychique. Ces atteintes à la santé ont entraîné une incapacité totale de travail et de gain du 5 mars 2018 au 30 avril 2019. L'atteinte psychique s'est améliorée en début d'année 2019 déjà, mais l'incapacité de travail pour des motifs somatiques a perduré jusqu'au 30 avril 2019. Il existe une aggravation incapacitante de l'état de santé du recourant de nature à influencer négativement sa capacité de travail. La situation du recourant ne s'avère pas superposable à celle qui avait cours le 9 janvier 2017. Cela pourrait

fonder le droit à une rente de l'assurance-invalidité dès l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 LAI, soit dès le 1<sup>er</sup> mars 2019. Le droit n'a toutefois pris naissance que le premier jour du sixième mois après le dépôt de la nouvelle demande, soit le 1<sup>er</sup> avril 2019.

L'état de santé du recourant s'est ensuite amélioré et était compatible avec l'exercice d'une activité adaptée, à un taux de 100 %, depuis le 1<sup>er</sup> mai 2019. L'intimé a procédé à une comparaison de revenus qui ne prête pas flanc à la critique. En particulier, il s'est fondé à juste titre, pour établir le revenu hypothétique sans invalidité (52'884 fr. 10), sur le revenu réalisé auprès du dernier employeur du recourant, en l'adaptant à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2019 (cf. document « Calcul du salaire exigible » du 12 juin 2020 [pièce 202]). Le recourant conteste ce revenu hypothétique sans invalidité et soutient qu'il aurait réalisé, sans atteinte à la santé, un revenu annuel de 78'163 fr. 60 en 2019. Même en retenant ce montant et en le comparant au revenu hypothétique avec invalidité de 64'700 fr. 23 – lequel tient compte d'un abattement de 5 % qui n'ouvre pas le flanc à la critique –, il en résulterait une perte de revenu de 13'463 fr. 37 (78'163 fr. 60 – 64'700 fr. 23) qui correspondrait à un degré d'invalidité de 17,20 % ( $(\{78'163 \text{ fr. } 60 - 64'700 \text{ fr. } 23\} / 78'163 \text{ fr. } 60) \times 100$ ), arrondi à 17 % (ATF 130 V 121). Ce taux serait toujours inférieur à 40 % et ne serait pas en mesure de justifier le maintien du droit à une rente d'invalidité. Il s'ensuit que trois mois après l'amélioration survenue en mai 2019 (cf. art. 88a al. 1 RAI), soit dès le 1<sup>er</sup> août 2019, le recourant ne pouvait plus prétendre de rente d'invalidité. La question du droit à la rente pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> octobre 2020 doit rester ouverte, compte tenu du renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur ce point.

**8. a)** En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée au recourant pour la période du 1<sup>er</sup> avril au 31 juillet 2019, la cause étant par ailleurs renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sur le droit à la rente pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> octobre 2020.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé, vu l'issue du litige.

**c)** Obtenant partiellement gain de cause, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Me Métille demande que l'indemnité de dépens soit fixée en prenant en considération la liste des opérations qu'il a produite. Cette liste ne peut toutefois pas être admise telle quelle, car elle paraît excessive. Si l'on peut, certes admettre que 13h35 (9h40 de travail d'avocate-stagiaire et 3h55 de travail d'avocat) ont été nécessaires pour la préparation et la rédactions des différentes déterminations à la Cour de céans ainsi que l'examen des différents documents reçus du tribunal et du rapport du Dr A.a. \_\_\_\_\_ produit en procédure, c'est toutefois en prenant également en considération, à ce titre, les échanges nécessaires avec le recourant pour leur préparation. Me Métille fait état de 2h40 supplémentaires consacrées essentiellement à des échanges de courriers électroniques et à des téléphones avec le recourant entre le 16 août 2021 et le 20 septembre 2022, ce qui paraît excessif. On n'admettra pas plus d'une heure et vingt minutes pour ces échanges (40 minutes de travail d'avocate-stagiaire et 40 minutes de travail d'avocat). Par ailleurs, Me Métille demande la prise en considération d'une heure et cinquante-cinq minutes pour les opérations postérieures à la réception du jugement. Un total d'une heure pour ces opérations paraît toutefois suffisant. Au final, seules peuvent être prises en considération pour la fixation des dépens 5h35 de travail d'avocat et 10h20 de travail d'avocate-stagiaire. Compte tenu de ce qui précède, une indemnité de 3'700 fr. paraît une participation équitable aux dépens du recourant, débours forfaitaires et TVA inclus (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Ce montant dépasse l'indemnité qui pourrait être allouée au tarif de l'assistance judiciaire, de sorte que l'on peut renoncer, en l'état, à fixer plus précisément cette indemnité.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision rendue le 11 août 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Z.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> avril au 31 juillet 2019, la cause étant par ailleurs renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sur le droit à la rente pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> octobre 2020.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'700 fr. (trois mille sept cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me David Métille (pour Z. \_\_\_\_\_),
- 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 :