

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 novembre 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
Mme Durussel, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6 s., 16 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en Turquie, en [...]. Il réside en Suisse depuis [...]. Marié, l'assuré est père de deux filles. Ayant suivi une formation qu'il n'a pas menée à son terme, il a été principalement actif dans le domaine de la construction métallique et la serrurerie. Son parcours professionnel a été entrecoupé de périodes de chômage, notamment entre 2003 et 2004, puis dès 2006. Depuis de nombreuses années, l'intéressé a souffert de lombalgies, dont les douleurs étaient en augmentation depuis 2007.

Le 19 août 2008, l'assuré a été victime d'une fusillade impliquant également son frère, lequel est décédé sous ses yeux. L'intéressé lui-même a été touché à la jambe gauche et à l'abdomen. Immédiatement hospitalisé, l'assuré a été traité chirurgicalement en raison d'une fracture fragmentaire du tibia et péroné gauche, de fractures des branches ilio et ischiopubiennes gauches avec plusieurs fragments métalliques, une plaie par balle à l'abdomen ainsi que deux impacts à la jambe gauche. Il a été hospitalisé jusqu'au 5 septembre 2008 à l'Hôpital régional de X._____. A compter de cette date, l'assuré a été en incapacité totale de travail.

En raison des séquelles psychologiques engendrées par cet événement, l'assuré a été suivi à compter du mois de mars 2009 par le DrE._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

B. Dans l'intervalle, A._____ a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire *ad hoc* du 14 mai 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a mentionné des lombalgies de longue durée assorties de douleurs ainsi que les projectiles reçus au ventre et à la jambe.

Par rapport du 15 juin 2009, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a

retenu comme diagnostics invalidants un statut post-ostéosynthèse d'une fracture pluri-fragmentaire du tibia et péroné gauche à haute énergie. Malgré un processus de guérison favorable, le spécialiste a estimé qu'il était trop tôt pour se prononcer sur une éventuelle reprise du travail.

En raison d'une rechute d'ordre psychiatrique, l'assuré n'a pas été en mesure de suivre le stage d'observation mis en place par l'OAI durant le mois de juin 2009, à titre de mesures d'intervention précoce.

Devant la nécessité de poursuivre l'instruction médicale, l'OAI a mis en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique, confiée au B._____ (B._____), plus précisément aux Drs J._____ et I._____, spécialistes en médecine interne, ainsi qu'au Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans leur rapport d'expertise du 11 mars 2010, les spécialistes ont posé comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail un statut après plaies par balle avec fractures multifragmentaires du tibia et fracture du péroné à gauche ayant nécessité une ostéosynthèse tibiale par plaque le 19 août 2008, une spondylodiscarthrose lombaire débutante sans contrainte radiculaire ni médullaire radioclinique ainsi qu'un état de stress post-traumatique. Concernant les diagnostics dénués d'influence sur la capacité de travail, les experts ont mentionné une anxiété généralisée, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, un syndrome douloureux somatoforme persistant, un statut après plaie par balle au niveau abdominal ayant provoqué une fracture du bassin à gauche et un hématome rétropéritonéal, sans lésion viscérale, ni vasculaire, ni neurologique, survenue le 19 août 2008, une obésité avec HTA labile et stéatose hépatique (2004), une hernie hiatale (diagnostiquée en 2005) et des douleurs abdominales fonctionnelles (2004), des allergies multiples, un statut après écrasement de la main gauche avec neuropathies post-constitutionnelles des nerfs collatéraux de l'auriculaire gauche sans séquelle algo-fonctionnelle actuelle (2005) et finalement un statut après fracture de l'avant-bras droit, sans séquelle (durant l'enfance). Concernant l'influence des pathologies précitées sur la capacité de travail de l'assuré, les experts ont retenu une incapacité totale encore en cours sur le plan physique, avec une reprise progressive sur six mois ainsi qu'une baisse de

rendement imputable aux troubles psychiatriques qui devait également se prolonger sur six mois.

Le 26 avril 2010, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique psychiatrique de D._____ en raison d'une réactivation de son syndrome dépressif.

Poursuivant l'instruction du dossier, l'OAI a ordonné une mesure d'observation professionnelle au sein du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI), du 27 septembre au 29 octobre 2010. S'en est suivie une mesure de réinsertion, sous la forme d'un entraînement à l'endurance au département de psychiatrie du G._____, entre le 9 mai et le 31 août 2011. Ces mesures ont mis en relief la réalisation adéquate des tâches effectuées par l'assuré, assortie cependant d'une fatigue prononcée ainsi que de différentes douleurs, notamment au dos ainsi qu'à la tête.

Entre le 21 novembre 2011 et le 30 septembre 2012, un entraînement progressif sous la forme d'un stage a été mis en place au sein de l'entreprise O._____. Pour des raisons médicales, l'assuré a été régulièrement absent à compter du mois de janvier 2012. Au terme de la mesure, les collaborateurs au sein d'O._____ ont remarqué que l'assuré présentait un rendement de 40 % sur un taux de présence de 70 %, soit un rendement total de 28 %.

C. Le 12 juillet 2013, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, envisageant l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2009, c'est-à-dire six mois après la demande puis, dès le 1^{er} juin 2010, l'octroi d'une demi-rente d'invalidité sous déduction des indemnités journalières versées durant les mesures de réadaptation professionnelle. Procédant à une comparaison entre le revenu envisageable sans invalidité et celui avec une incapacité de travail, l'office a obtenu un degré d'invalidité de 55 %. Un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité a été appliqué au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré, à savoir l'abstention de marche sur un terrain accidenté,

d'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, de position en porte-à-faux ainsi que de port de charge de plus de vingt-cinq kilos.

Le 13 septembre 2013, l'assuré a contesté ce projet.

Sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), l'OAI a mandaté la Dre Q._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, afin d'établir une expertise psychiatrique. Dans son rapport d'expertise du 27 février 2014, la Dre Q._____ a retenu comme diagnostic invalidant un status après notions d'un syndrome de stress post traumatique, actuellement en rémission complète (Z71.1). Quant aux diagnostics sans influence sur la capacité de travail, la spécialiste a mentionné un syndrome de dépendance aux opiacés et aux médicaments sédatifs, avec utilisation continue sous prescription médicale (F19.25) ainsi que des notions de douleurs chroniques, pouvant être intégrées dans un tableau de syndrome douloureux somatoforme persistant. Concernant la capacité de travail, elle a conclu à l'absence de limitations sur le plan psychique et mental dès les six mois suivants le rapport d'expertise du 11 mars 2010, c'est-à-dire à partir du mois de septembre 2010. En effet, pour la spécialiste, sur le plan strictement psychiatrique, la capacité résiduelle de travail était complète dans toute activité.

Le 27 janvier 2016, l'OAI a émis un deuxième projet de décision, envisageant l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'une rente entière dès le 1^{er} novembre 2009, puis une demi-rente du 1^{er} juin au 30 novembre 2010 (taux d'invalidité de 55 % durant cette période). Vu l'amélioration de l'état de santé de l'assuré constatée tant sur le plan physique que psychique, l'OAI retenait qu'une pleine capacité de travail était parfaitement exigible depuis le mois de septembre 2010 dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé.

D. Par acte du 16 août 2017 adressé à l'assuré, l'OAI a retenu que la contestation formulée par l'assuré ne modifiait pas sa position, le projet du 27 janvier 2016 devant être entièrement confirmé.

Par décision du 17 novembre 2017, confirmant son projet de décision du 27 janvier 2016, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} novembre 2009 et le 31 mai 2010 ainsi qu'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin au 30 septembre 2010.

E. Par acte du 3 janvier 2018, A. _____, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Par arrêt du 31 octobre 2018 (CASSO AI 3/18 - 307/2018), la Cour de céans a considéré que les pièces au dossier ne permettaient pas de se prononcer sur la base des critères énoncés à l'ATF 141 V 281 en matière de troubles somatoformes douloureux, ni sur la base des ATF 143 V 418 et ATF 143 V 409. La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art en tenant compte en particulier du critère de la gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). La grille d'évaluation développée dans l'ATF 141 V 281 comprend un examen du degré de gravité fonctionnelle 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 la structure de personnalité, des capacités inhérentes à l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. La mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique étant nécessaire, elle a renvoyé la cause à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

F. Ensuite du renvoi, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique (Dr N._____) et psychiatrique (Dr U._____) auprès du R._____. Dans leur rapport consensuel du 18 février 2020, les spécialistes ont posé comme diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles une douleur lombaire avec dégénérescence discale, protrusion L4-L5, kyste articulaire postérieur L5-S1 droit, mais sans aucun signe de conflit disco-radicaire (M51.9), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), une modification durable de la personnalité avec traumatisme (F62.0) et un trouble somatoforme (F45.4). Concernant les diagnostics dénués d'influence sur la capacité de travail, les experts ont mentionné un status après fracture tibia péroné gauche avec matériel d'ostéosynthèse en place et une douleur de la face antérieure du thorax sans support anatomique. Concernant l'influence des pathologies précitées sur la capacité de travail de l'assuré, les experts ont retenu une capacité de travail nulle depuis mars 2010. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mises en évidence la capacité de travail était de 100 % dès le 1^{er} septembre 2010. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était nulle dans toute activité depuis au moins le 13 avril 2018.

Par avis SMR du 16 avril 2020, le Dr L._____ a d'une part indiqué que concernant le volet rhumatologique de l'expertise bidisciplinaire précitée l'anamnèse et le statut étaient clairs mais qu'il ne comprenait pas que la capacité de travail dans l'activité habituelle était considérée comme nulle depuis mars 2010 et se demandait ce qu'il en était de la période entre l'agression et mars 2010, voire d'une période antérieure. La capacité de travail dans une activité adaptée était quant à elle compréhensible. S'agissant du volet psychiatrique, la valeur probante a été exclue. Des éléments méritaient d'être précisés. L'anamnèse était précise et le status informatif, mais il était surprenant que l'expert retienne un épisode dépressif sévère et date cet état depuis au moins le 13 avril 2018 ; outre cette imprécision dans l'historique, dans son rapport du 13 avril 2018, le psychiatre traitant évoquait un épisode dépressif

moyen. Hormis ce point à éclaircir et même si quelques éléments pouvaient être extraits du rapport d'expertise, il n'y avait pas de discussion formelle des indicateurs définis par l'ATF 141 V 281. Or cela était une nécessité dans la mesure où un trouble somatoforme était retenu comme incapacitant, ce que la Cour de céans avait du reste rappelé dans son arrêt de renvoi ayant motivé cette expertise. Le médecin du SMR s'interrogeait sur la capacité de travail dans une activité adaptée comme dans l'activité habituelle avant l'incapacité de travail justifiée totale depuis au moins le 13 avril 2018. En définitive, les conclusions des experts ne pouvaient pas être admises en l'état et il convenait de les interroger sur la chronologie de l'incapacité de travail (ou de la capacité de travail dans l'activité habituelle) depuis l'agression du 19 août 2008 sur les plans rhumatologique et psychiatrique.

Le 14 mai 2020, le Dr N. _____ a répondu comme suit :

“Pourquoi la CTAH est considérée comme nulle depuis mars 2010. Qu'en est-il de la période entre l'agression et mars 2010, voire d'une période antérieure ?

Dans l'activité antérieure (construction mécanique), entre 2004 et l'agression (19/8/2008), la CT était de 100%, puis nulle après l'agression. Selon les conclusions de la précédente expertise, la date de mars 2010 est retenue. Dans un poste adapté, en me ralliant aux conclusions de l'expertise de 2010, la capacité de travail est de 50% durant les 6 premiers mois puis de 100% depuis septembre 2010.”

Quant au Dr U. _____, il a complété l'analyse psychiatrique et notamment exposé ce qui suit :

“Dans ce contexte, à raison d'une expertise en 2010, une en 2014 et d'un rapport médical tous les deux ans, en 2016 et 2018, nous n'avons pas suffisamment d'éléments cliniques objectifs pour pouvoir nous prononcer avec sécurité concernant l'évolution de sa capacité de travail. Néanmoins, nous pouvons vraisemblablement considérer que dans la mesure où nous retenons les mêmes diagnostics que ceux du Dr T. _____ de 2016, il n'y a pas eu de modification drastique de son état de santé dans le temps. De plus, aucun paramètre ne laisse paraître une modification de son environnement, traduisant une évolution de son état de santé.”

Aux termes d'un avis SMR du 24 juin 2020, le Dr L. _____ a, au vu de ces réponses, retenu que la capacité de travail dans l'activité

habituelle était nulle pour des raisons rhumatologiques à compter du 19 août 2008. La capacité de travail dans une activité adaptée était nulle jusqu'en mars 2010 pour des raisons somatiques, de 50 % de mars à septembre 2010 pour des raisons somatiques et psychiques. A partir de septembre 2010, la capacité de travail dans une activité adaptée était totale sur les plans somatique et psychique. Sur le plan somatique, il n'y avait plus de diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée par la suite. Ayant trait à l'aspect psychique, la capacité de travail dans une activité adaptée devenait nulle le 13 avril 2018. Il était toutefois impossible, sur la base des explications de l'expert, de déterminer quelle était la capacité de travail dans une activité adaptée pour la période allant de septembre 2010 à avril 2018. Le médecin du SMR estimait que l'expertise psychiatrique était incomplète, peu claire et non convaincante, proposait en conséquence de demander une nouvelle expertise psychiatrique. Le volet somatique étant clair et convaincant, il était inutile de demander à nouveau une expertise bidisciplinaire.

Le nouvel expert psychiatre choisi par le SMR (Dr H. _____) s'est vu récuser par l'avocat de l'assuré tout comme le principe même d'une nouvelle expertise psychiatrique (lettre du 15 septembre 2020 adressée à l'OAI par Me Cesare Lepori).

Finalement l'OAI a confié la réalisation d'une nouvelle expertise psychiatrique de l'assuré au Dr Z. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans son rapport du 8 juillet 2021, l'expert a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, fluctuant, d'intensité légère (F41.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou hypnotiques, utilisation intermittente sous prescription médicale (F13.25) et de processus d'invalidation avancé. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail de l'assuré entre 2010 et 2018, l'expert a, sur la base de ses analyses, conclu à une absence d'incapacité de travail significative sur le plan psychiatrique, sans opérer de distinction entre activité habituelle et adaptée, dite capacité étant entièrement déterminée par des facteurs

somatiques. Pour le reste, c'est-à-dire concernant le passé, il retenait, avec un certain degré de plausibilité, une capacité de travail nulle depuis le 19 août 2008 jusqu'au 10 mars 2010, de 50 % depuis le 11 mars 2010 jusqu'au 30 novembre 2010, puis entière depuis le 1^{er} décembre 2010.

Dans l'intervalle, le 6 mai 2021, l'assuré a, en raison de hernies discales, subi une discectomie cervicale C5-C6 et C6-C7 avec la mise en place des cages type Coalition. Il avait pu retourner à domicile le lendemain (rapport de sortie non daté du Centre de chirurgie spinale au C._____).

Par avis du 21 juillet 2021, le Dr L._____ du SMR a indiqué que l'expertise psychiatrique du Dr Z._____ était claire et convaincante ; les plaintes de l'assuré étaient entendues, l'anamnèse était précise, le statut complet et détaillé, les diagnostics argumentés et les diagnostics antérieurs discutés ; les ressources étaient bien étudiées. Les conclusions de l'expert étaient cohérentes avec les éléments retenus et suivies dans leur intégralité. En associant les deux expertises probantes au dossier, il était admis que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle avant l'agression du 19 août 2008 qui devenait nulle par la suite. La capacité de travail dans une activité adaptée était nulle du 19 août 2008 au 10 mars 2010 puis de 50 % du 11 mars 2010 au 30 novembre 2010 et totale dès le 1^{er} décembre 2010. L'expert joignait toutefois de nouvelles pièces à savoir une IRM (imagerie par résonance magnétique) du 1^{er} mars 2021 qui retrouvait des discopathies C5-C6 et C6-C7 avec des sténoses foraminales bilatérales et un conflit avec les racines C7 des deux côtés. L'assuré avait été hospitalisé au début du mois de mai 2021 en chirurgie spinale pour une double discectomie cervicale et pose d'une cage. Les suites étaient simples. L'atteinte avait débuté à la fin de l'année 2020 selon les rapports médicaux et une évolution péjorative était assez peu probable mais il convenait de s'en assurer en interrogeant le centre de chirurgie spinale. Cela ne remettait toutefois pas en question les éléments retenus par les experts entre la date de l'agression et le mois de décembre 2010.

Dans un rapport du 4 août 2021 à l'OAI, le Dr C._____, spécialiste en neurochirurgie, a diagnostiqué, sans incidence sur la capacité de travail, une hernie discale cervicale opérée le 6 mai 2021 d'évolution lentement favorable avec la persistance des cervicalgies mais sans atteinte neurologique objectivée. Sans se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré et ayant établi un seul arrêt, ce médecin renvoyait auprès du médecin traitant.

Aux termes d'un rapport SMR du 31 août 2021, le Dr L._____ a retenu, comme atteinte principale à la santé, un syndrome douloureux persistant (F45.4) avec, comme pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, un trouble anxieux et dépressif mixte, fluctuant, d'intensité légère, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou hypnotiques, des douleurs lombaires avec dégénérescence discale, protrusion L5, kyste articulaire postérieur L5-S1 droit, et des cervicalgies sur arthrodèse. Indiquant qu'il n'avait aucune raison de s'écarter des conclusions des experts précités, le médecin du SMR a estimé qu'il ne pouvait pas retenir une nouvelle atteinte durablement incapacitante et qu'il établissait donc son rapport d'examen en fonction des deux expertises probantes.

Par projet de décision du 11 novembre 2021, l'OAI a fait part au conseil de l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière pour la période allant du 1^{er} novembre 2009 au 30 juin 2010 (degré d'invalidité de 100 %), puis une demi-rente du 1^{er} juillet 2010 au 28 février 2011 (degré d'invalidité de 50 %). Ses constatations étaient notamment les suivantes :

“Monsieur A._____ a exercé en dernier lieu l'activité de constructeur métallique.

Pour des raisons de santé, il a présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 19 août 2008. C'est à partir de cette date qu'est fixé le 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].

Au terme du délai en question, soit le 19 août 2009, notre assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité, ouvrant théoriquement le droit à la rente entière.

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations. La demande a été déposée le 14 mai 2009, la rente pourra donc être octroyée dès le 1^{er} novembre 2009.

Dès le 11 mars 2010, une capacité de travail de 50% peut raisonnablement être exigée de votre mandant en respectant ses limitations fonctionnelles : *Pas d'effort de soulèvement de plus de 10kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 15 kg, mouvements répétitifs de la colonne cervicale.* Le type d'activité qui pourrait être réalisé est : travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, aide-administratif (réception, scannage et autres).

Afin de calculer le préjudice économique, il convient de comparer le revenu que vous auriez pu réaliser en bonne santé avec celui auquel vous pouvez prétendre dans une activité adaptée à votre atteinte.

[...]

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir un homme en bonne santé dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 61'311.50 à 100%, en 2010.

S'agissant de l'évaluation du revenu avec invalidité, étant donné que vous n'avez pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer à ces mêmes données statistiques.

Les perspectives de gain avec atteinte à la santé sont donc identiques à celles qui prévalaient avant l'atteinte. Toutefois, étant donné que la capacité de travail est de 50%, le revenu susmentionné doit être ramené à CHF 30'655.75.

[...]

S'agissant de l'âge, des années de service et de la nationalité et du permis de séjour, il est à relever que si nous en tenons compte, nous devrions également en tenir compte dans le revenu sans invalidité avec comme effet un préjudice nul.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 61'311.50
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 30'655.75
Perte de revenu	CHF 30'655.75
Degré d'invalidité	50%

Un degré d'invalidité de 50% donne droit à une demi-rente. Toutefois, si la capacité de travail s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente dès qu'il a duré trois mois. La demi-rente est ainsi versée dès le 1^{er} juillet 2010.

Le 1^{er} décembre 2010, une nouvelle augmentation de la capacité de travail peut être exigée et atteint 100% dans une activité adaptée telle que susmentionnée. En tenant compte des salaires statistiques cités ci-dessus, le préjudice économique est ainsi nul et ne donne plus le droit à la rente. Le versement de la rente cesse alors au 28 février 2011."

Le 13 décembre 2021, le conseil de l'assuré a formulé des objections sur ce préavis d'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps en demandant à l'OAI de fixer le degré d'invalidité à 50 % au moins depuis le 1^{er} juin 2010.

Par décision du 19 avril 2022, l'OAI a écarté la contestation et a ainsi accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} novembre 2009 et le 30 juin 2010, puis une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2010 au 28 février 2011.

G. Par acte du 24 mai 2022, A. _____ exerce un recours à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la réforme de la décision précitée et ainsi à l'octroi d'au moins une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2010. Il estime que l'expertise réalisée en 2021 est dénuée de valeur probante, à tout le moins dans le volet psychiatrique réalisé par le Dr Z. _____, dès lors que l'expert se serait prononcé sur une situation datant de plusieurs années et qu'il aurait « inventé des faits et circonstances » notamment au sujet de sa présentation (boucle d'oreille à gauche) démontrant le « manque total de fiabilité et de partialité d'un expert et d'une expertise qui ne peut être prise en compte ».

Par réponse du 21 juillet 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée.

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). 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. a LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité sans limitation temporelle en faveur du recourant.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, dès lors que l'ouverture du droit à la rente, en 2009, est bien antérieure à la modification des dispositions légales au 1^{er} janvier 2022 et que l'instruction – particulièrement longue – a porté sur l'examen d'un état de fait antérieur à 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) Lorsqu'un recours est interjeté contre une décision rendue à la suite d'un arrêt de renvoi, l'autorité de recours ne revoit pas les questions de droit qu'elle a elle-même définitivement tranchées dans l'arrêt de renvoi. Ce principe découle de la constatation que la juridiction

supérieure n'est pas autorité de recours contre ses propres décisions (ATF 140 III 466 consid. 4.2.1 et références citées).

b) 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.

c) 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).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

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

e) 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).

5. a) En l'occurrence, il résulte de l'arrêt de renvoi du 31 octobre 2018 (CASSO AI 3/18 - 307/2018), que la Cour de céans a annulé la décision rendue le 17 novembre 2017 par l'office intimé - qui reposait sur

le rapport d'expertise (rhumatologie et psychiatrie) du 11 mars 2010 du B. _____ et le rapport d'expertise du 27 février 2014 de la Dre Q. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie -, motif pris que les pièces au dossier ne permettaient pas de se prononcer sur la base des critères de l'ATF 141 V 281 en matière de troubles somatoformes douloureux, ni sur la base des ATF 143 V 418 et ATF 143 V 409.

Ensuite du renvoi, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique (Dr N. _____) et psychiatrique (Dr U. _____) au R. _____. Le rapport d'expertise consensuel du 18 février 2020 a fait l'objet d'un complément le 14 mai 2020 dont l'absence de valeur probante du volet psychiatrique a été constatée par le SMR (avis médical du 24 juin 2020 signé par le Dr L. _____).

La réalisation d'une nouvelle expertise psychiatrique du recourant a finalement été confiée par l'OAI au Dr Z. _____ qui a rendu son rapport le 8 juillet 2021.

Sur la base du volet somatique (rhumatologique) de l'expertise du R. _____ et du rapport d'expertise psychiatrique du Dr Z. _____, auxquels il a reconnu valeur probante, l'OAI, respectivement le médecin du SMR (avis des 24 juin 2020 et 21 juillet 2021), retient que le recourant présente une capacité de travail nulle depuis le 19 août 2008 dans toute activité, de 50 % du 11 mars 2010 au 30 novembre 2010, puis de 100 % dès le 1^{er} décembre 2010 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (pour rappel : « Pas d'effort de soulèvement de plus de 10kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 15 kg, mouvements répétitifs de la colonne cervicale »). L'office intimé observe par ailleurs l'existence d'une nouvelle atteinte à la santé au 6 mai 2021 en raison d'une hernie cervicale mais que, le 4 août 2021, seules persistent après la double discectomie de mai 2021 des séquelles douloureuses sans atteinte neurologique. L'atteinte principale à la santé retenue est un syndrome douloureux persistant (F45.4) avec, comme pathologies associées, un trouble anxieux et dépressif mixte, fluctuant, d'intensité légère, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de

sédatifs ou hypnotiques, des douleurs lombaires avec dégénérescence discale, protrusion L5, kyste articulaire postérieur L5-S1 droit, et des cervicalgies sur arthrodèse (rapport d'examen SMR du 31 août 2021 du Dr L._____).

Dès lors que le SMR lui-même a constaté l'absence de valeur probante du volet psychiatrique réalisé par le Dr U._____, il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr Z._____.

b) aa) 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).

bb) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

cc) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient 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_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

dd) Enfin, 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 asséculoologique. 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).

c) En l'espèce, avec l'intimé, il faut reconnaître la qualité de l'expertise psychiatrique du Dr Z._____.

Tout d'abord l'expert, assisté d'un interprète professionnel de langue turque, a tenu compte des plaintes de l'assuré au regard de ses propres constatations cliniques. Il s'est également entretenu le 27 mai 2021 avec la fille aînée de l'intéressé. L'expert a fait une anamnèse systématique complète et rapporté, puis apprécié chaque élément du dossier médical. Il a expliqué les motifs qui l'ont conduit à retenir certains diagnostics et à en écarter d'autres. Pour son évaluation de la capacité de travail, l'expert a dégagé une appréciation concluante à la lumière des indicateurs déterminants selon la jurisprudence en matière de troubles psychiques, singulièrement des affections psychosomatiques (cf. consid. 4e supra et les références).

Tout d'abord les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, fluctuant, d'intensité légère (F41.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou hypnotiques, utilisation intermittente sous prescription médicale (F13.25) et de processus d'invalidation avancé ont tous été posés en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10).

Pour déterminer les ressources à disposition ou mobilisables du recourant, l'expert psychiatre a retenu l'absence de perte significative des capacités avec, en tant que facteurs extra-médicaux, un manque de motivation, une vie adverse, des revendications sous-jacentes, des facteurs sociaux et une conviction personnelle. Il a indiqué ce qui suit (expertise, pp. 35-36) :

“7.4.4 Les ressources disponibles ou mobilisables chez l'assuré

- Aptitude à la communication bonne
- Capacité à respecter un cadre existe
- Capacité d'adaptation et de flexibilité bloquée par conviction personnelle
- Capacité d'organisation existe de principe
- Capacité d'endurance existe de principe
- Capacité de jugement et de décision existe
- Capacité relationnelle (couple, famille, groupe) existe de principe
- Existe-t-il un réseau social oui

- Autonomie dans les activités quotidiennes existe de principe bien que l'assuré a décrit le contraire."

Selon la jurisprudence, il convient d'évaluer les capacités fonctionnelles de la personne concernée à la lumière des indicateurs pertinents, dans une analyse axée sur les ressources et les déficits fonctionnels découlant d'une atteinte à la santé. Dans ce cadre, les indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel permettent de faire certaines constatations qu'il s'agit de confronter aux indicateurs relatifs à la cohérence.

Au jour de l'expertise, l'assuré s'est exprimé dans sa langue maternelle de manière très fluide, tonique, s'est montré habile dans la manipulation de son téléphone portable, explicite également dans ses plaintes, blessures et réflexions, dans une bonne forme cognitive, bien éveillé et présent, répondant à la plupart des questions, mais étant sélectif sur certaines, sans trouble d'attention, de la mémoire et de la concentration. Etant conscient de ce bon état, il a expliqué ne pas avoir pris de médicaments sédatifs depuis plusieurs jours et avoir été dans une « forme exceptionnelle ». Sa pensée était structurée, compréhensible mais partiellement rétrécie sur certaines thématiques (meurtre, agression et vengeance). Il pouvait cependant aussi se montrer différencié et était évasif par rapport à un certain nombre d'informations demandées. Sur le plan affectif il était en majeure partie euthymique - neutre. L'élan vital était très nettement palpable chez l'intéressé qui montrait dans une bonne partie des phases dysphoriques (expressions de mécontentement, d'amertume et de regrets par rapport au cours de sa vie). L'application de l'échelle de dépression a montré une valeur infraclinique au seuil de dépression légère. Un monitoring de l'antidépresseur prescrit a montré une observance correcte. Pour le reste, l'assuré a été perçu comme « très avancé sur le chemin de l'invalidation » se considérant profondément atteint dans sa santé physique, secondairement psychique, et toujours positionné dans sa vision radicale des choses ; la psychodynamique était donc nourrie dans une large mesure par des facteurs subjectifs, contextuels, c'est-à-dire extra-médicaux.

d) En tant que le recourant se plaint de ce que l'expert a mal retranscrit son apparence en écrivant « il porte une boucle d'oreille à gauche » (expertise, p. 21), il faut indiquer que l'existence de cet accessoire n'est pas déterminante, que l'expert a effectivement pu se tromper vu les circonstances (port d'un masque) et que, du reste, le recourant n'indique pas en quoi une telle constatation erronée aurait pu avoir une incidence sur le résultat de l'expertise visant à évaluer sa capacité de travail au plan psychiatrique.

e) Quant à l'évaluation de la capacité de travail, l'expert a précisément été invité à se déterminer sur la situation antérieure, pour la période entre septembre 2010 et avril 2018. Il n'a effectivement pas été en mesure de constater par lui-même mais a fait son appréciation sur la base de l'important dossier médical, en le confrontant à ses propres constatations au jour de l'expertise. Sur la base de ces analyses, il a retenu, en ce qui concerne le passé, avec un certain degré de plausibilité, une incapacité de travail de 100 % depuis le 19 août 2008 jusqu'au 10 mars 2010, de 50 % depuis le 11 mars 2010 jusqu'au 30 novembre 2010, et nulle depuis le 1^{er} décembre 2010.

f) S'en tenant à son rôle, l'expert a dûment motivé ses conclusions et distingué les éléments subjectifs, reposant sur les plaintes exprimées, et ses propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail. L'expertise ne souffre pas de contradiction ni de défaut manifeste.

En définitive, l'expertise du Dr Z. _____ a été faite dans les règles de l'art et peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (sur cette notion, cf. consid. 5b/bb-cc supra).

6. Pour être complet, bien que le recourant ne s'en plaigne pas, il y a lieu de constater d'office que le 6 mai 2021, il a été opéré en chirurgie spinale pour une double discectomie cervicale et pose d'une cage en raison d'une nouvelle atteinte à la santé (hernies discales aux niveaux C5-

C6 et C6-C7). Selon l'avis du 4 août 2021 du médecin-chef du Centre de chirurgie spinale au C._____ (Dr C._____) l'évolution était lentement favorable avec la persistance des cervicalgies mais sans atteinte neurologique objectivée, en sorte que cette nouvelle affection n'a pas occasionné une incapacité de travail durable au plan somatique justifiant d'ouvrir un nouveau droit à une rente (cf. art. 28 al. 1 let. b-c LAI). Aucun rapport médical ne vient attester une telle incapacité de travailler, l'OAI ayant attendu l'évolution – sur recommandation du SMR – avant de rendre une nouvelle décision.

7. S'agissant du calcul du taux d'invalidité et en particulier des éléments économiques retenus par l'intimé, le recourant n'a soulevé aucun grief à cet égard, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des chiffres retenus par l'OAI.

8. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 19 avril 2022 confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés au recourant qui succombe.

c) En outre, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 19 avril 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- 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 :

