

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 mai 2023

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Reinberg, assesseur  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Pierre-Yves Baumann,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28, 29 al. 1 LAI ; 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé dès juin 2002 en tant que couvreur pour l'entreprise [...].

Le 18 novembre 2014, agissant en qualité d'assureur perte de gain maladie, K.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, en précisant que l'assuré subissait une incapacité de travail depuis le 13 juin 2014, alternant des périodes d'incapacité de 50 et de 100 %. La demande faisait état d'une hernie discale et croisement des nerfs, existant depuis 2009. Le dossier joint contenait en particulier un rapport d'IRM du 27 juin 2014 constatant des discopathies aux trois derniers étages lombaires, une rupture annulaire postérieure médiane L4-L5, une petite hernie discale intracanaulaire paramédiane gauche L5-S1 pouvant entrer en conflit avec la racine S1 gauche, des rapports relatifs à des infiltrations, ainsi qu'un rapport du 29 octobre 2014 du Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de K.\_\_\_\_\_, observant une évolution légèrement favorable chez un assuré encore relativement plaintif.

Répondant le 22 novembre 2014 à un questionnaire de l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecine du sport, a précisé qu'une reprise du travail était prévue dès le 24 novembre 2014. L'employeur a ensuite informé l'OAI de la reprise du travail à 50 % dès le 24 novembre 2014, puis à 100 % dès le 12 janvier 2015.

Par décision du 2 juin 2015, confirmant un projet du 23 avril 2015, l'OAI a refusé les prestations de l'assurance-invalidité, sur le constat que l'incapacité de travail de l'assuré avait duré moins d'une année.

**B.** Entretemps, le 7 mai 2015, l'assuré a subi un accident du travail, causant une fracture en L1 de type Burst opérée le lendemain. La S.\_\_\_\_\_ a pris en charge le cas et servi des prestations de l'assurance-accidents. Elle a transmis une copie de son dossier à l'OAI le 16 novembre 2015 et l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le

25 novembre 2015. Il ressort du dossier de la S.\_\_\_\_\_ que l'intervention du 8 mai 2015 a consisté en une fixation D12-L2 et une spondylodèse D12-L1, associée à une greffe iliaque gauche. Le 19 mai 2015, l'assuré avait pu regagner son domicile (cf. rapport du 28 mai 2015 des Drs W.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). L'évolution de l'état de santé de l'assuré était marquée par des douleurs d'origine mécanique et des paresthésies hyperalgiques d'origine neurologique (cf. rapport établi le 28 septembre 2015 par le Dr N.\_\_\_\_\_).

Un extrait du compte individuel AVS de l'assuré a été versé au dossier le 22 décembre 2015.

Dans un formulaire adressé le 24 décembre 2015 à l'OAI, le Dr U.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de probable syndrome des jambes sans repos, de probable syndrome de stress post-traumatique et de neuropathie irritative du nerf ulnaire gauche. Il a fait part des résultats de ses investigations et renvoyé pour le surplus aux rapports orthopédiques.

L'employeur a rempli le formulaire de l'OAI le 11 janvier 2016.

Sollicité par l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_ a exposé le 4 février 2016 que, malgré l'opération et la rééducation, l'assuré présentait toujours des douleurs et paresthésies invalidantes depuis son accident du 8 mai 2015. Il signalait par ailleurs l'apparition de troubles digestifs sévères en relation avec la prise d'anti-inflammatoires et la mise en œuvre d'un suivi psychothérapeutique.

Répondant également à un questionnaire de l'OAI le 18 février 2016, les Drs W.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont indiqué que l'évolution était lente et que l'assuré présentait encore des douleurs au dernier contrôle en novembre 2015, à savoir des lombalgies, des sciatalgies à gauche ainsi que des douleurs aux niveaux de la cicatrice

dorsale et de la prise de greffe. Sur le plan médico-théorique, l'évolution était favorable avec un matériel d'ostéosynthèse en place sans déplacement secondaire. Une nouvelle IRM avait montré des déchirures annulaires au niveau L4-L5 et L5-S1, pour lesquelles le patient bénéficierait d'infiltrations.

Des mesures d'intervention précoce ont été mises en place en avril 2016, avec un atelier d'art-thérapie à raison de deux heures par jour, deux jours par semaine. Cette mesure a toutefois été interrompue le 17 juin 2016, la situation médicale ne paraissant pas stabilisée (cf. communications des 6 avril et 20 juin 2016).

Le 28 juillet 2016, le Dr V.\_\_\_\_\_, chef de clinique au sein de la consultation de médecine physique et réhabilitation du L.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de lombosciatalgies gauches chroniques dans le cadre d'un status après spondylodèse D12-L2 pour une fracture Burst L1. Il a par ailleurs signalé qu'un suivi psychologique était en cours depuis quatre mois. Constatant des douleurs à la palpation lombaire basse de manière diffuse et une sensibilité D12-L2 avec une zone de réflexe latérale, sans douleur dorsale ni cervicale, le Dr V.\_\_\_\_\_ a relevé qu'à plus d'une année du traumatisme et de l'intervention chirurgicale, la situation était stagnante malgré un traitement physiothérapique en cours et a préconisé une prise en charge stationnaire à la D.\_\_\_\_\_, en vue notamment d'un reconditionnement musculaire.

L'assuré a séjourné à la D.\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2016 au 11 janvier 2017. Dans le rapport de sortie du 10 février 2017, les médecins responsables de la prise en charge ont indiqué en particulier qu'un scanner de la colonne lombaire effectué le 21 décembre 2016 avait montré un matériel d'ostéosynthèse bien en place et un phénomène de vide discal dans le disque D12-L1 avec une fracture bien consolidée. Sur le plan neurologique, l'examen clinique et électrophysiologique avait exclu une atteinte radiculaire notamment aux niveaux L4-L5 et L5-S1. Les examens réalisés dans le contexte d'une suspicion de traumatisme craniocérébral, comprenant un bilan neuropsychologique et une IRM, ne

reflétaient pas d'atteinte cérébrale focale, ni de lésions compatibles avec un traumatisme crânien. La psychiatre consultante avait vu l'assuré le 16 décembre 2016 et n'avait retenu aucun diagnostic psychopathologique. Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Il existait cependant des autolimitations lors de certains tests. Les limitations fonctionnelles définitives retenues étaient le maintien prolongé de positions statiques assise ou debout, le port répété de charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétitifs du rachis en rotation et le maintien prolongé d'une position du tronc en porte-à-faux. La situation était stabilisée du point de vue médical et aucune nouvelle intervention n'était proposée. La physiothérapie devait être poursuivie.

Répondant le 16 mars 2017 à un questionnaire de l'OAI, la Dre C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F42.3), présent depuis janvier 2016. La prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique débutée en avril 2016 visait le travail de la capacité de résilience, mais était encore peut fructueuse. Le pronostic était « très en corrélation » avec l'état somatique et la psychiatre traitante renvoyait au médecin somaticien pour les questions portant sur la capacité de travail.

Le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la S.\_\_\_\_\_, a déposé un rapport d'examen final le 29 mars 2017. Ayant vu l'assuré les 12 octobre 2016 et 29 mars 2017, ce médecin a relevé la persistance, après le séjour à la D.\_\_\_\_\_, d'une certaine discordance entre l'ampleur du handicap subjectif et les constatations objectives de l'examen radio-clinique. Notant qu'il n'y avait pas de véritable comorbidité psychiatrique mais plutôt le besoin de reconnaissance d'un statut de victime qui empêchait l'assuré d'aller de l'avant, il concluait que la poursuite de la physiothérapie pouvait se concevoir encore quelque temps, mais que la situation était stabilisée du point de vue médical. Dans une activité respectant les limitations

fonctionnelles déterminées durant le séjour à la D.\_\_\_\_\_, la capacité de travail était entière.

L'OAI a proposé de nouvelles mesures de réadaptation à l'assuré dès août 2017, sous la forme d'une orientation professionnelle (cf. communication du 22 août 2017), puis d'un stage dans un centre Orif dès le 23 octobre 2017 (cf. communication du 19 octobre 2017).

Dans un rapport adressé le 22 septembre 2017 à la S.\_\_\_\_\_, la Dre C.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics d'autre épisode dépressif (F32.8), chez un individu qui présentait probablement une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Le sentiment de détresse vécu par le patient était toujours lié à la douleur et le faisait se sentir de plus en plus handicapé par l'affection physique consécutive à son accident, avec une tendance à revendiquer une meilleure approche pour son traitement antidouleur et un sentiment d'injustice par rapport à la personne qui a causé l'accident. Notant qu'une mesure de l'assurance-invalidité dans un centre Orif était en cours d'organisation, la Dre C.\_\_\_\_\_ préconisait dans ce contexte une reprise au taux de 20 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017, à augmenter progressivement.

Le stage Orif a été interrompu le 7 novembre 2017, l'assuré ayant peu participé avant de transmettre une attestation médicale d'incapacité de travail complète (cf. rapport du centre Orif du 8 mars 2018).

Une nouvelle IRM du rachis lombaire a été effectuée le 13 novembre 2017. Le rapport établi à cette occasion présentait les conclusions suivantes :

« Stabilité des discopathies dégénératives débutantes L3-L4 et L4-L5 et modérée L5-S1 sans signe de micro-instabilité de type Modic I.  
Diminution de taille de la protrusion discale L4-L5 paramédiane gauche siège d'une déchirure discale annulaire modérément inflammatoire pouvant éventuellement irriter la racine L5 gauche dans son récessus latéral.  
Diminution de taille de la protrusion discale L5-S1 paramédiane gauche siège également d'une déchirure discale annulaire

modérément inflammatoire pouvant irriter la racine L5 gauche dans son récessus latéral.

Ancienne fracture-tassement vertébral ostéoporotique sans œdème osseux résiduel en L1 et traitée chirurgicalement par une spondylodèse postérieure instrumentée en D12-L2, sans signe de complication sur cette IRM sous réserve des artefacts métalliques. »

Le Dr N. \_\_\_\_\_ a répondu le 5 décembre 2017 à de nouvelles questions de l'OAI. La capacité de travail était nulle dans toute activité, avec une évolution globalement dégradée depuis 2016. La situation au niveau de la fracture traumatique était stable, mais s'accompagnait d'un syndrome douloureux chronique et d'une incapacité à retrouver une vie quotidienne normale. Il y avait en outre eu l'apparition d'une hernie discale C5-C6 gauche entraînant des paresthésies hyperalgiques au niveau du membre supérieur gauche et la colonne lombaire était « toujours le siège de protrusions discales ainsi que d'arthrose et d'inflammation des articulaires postérieures ».

Par décision du 26 mars 2018, la S. \_\_\_\_\_ a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 19 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (travail dans les positions statiques assis ou debout, port de charges supérieures à 5 kg de façon répétée, mouvements répétitifs du rachis en rotation et maintien de la position du tronc en porte-à-faux de manière prolongée).

Répondant le 29 mars 2018 à un questionnaire de l'OAI, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent qui a repris le suivi de l'assuré en septembre 2017, a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1), d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0) existant depuis mai 2015. Il a renvoyé aux conclusions du médecin traitant s'agissant de la capacité de travail de l'assuré, tout en relevant que ce dernier se plaignait de douleurs se manifestant quelle que soit la posture adoptée.

L'assuré a formé opposition le 24 avril 2018 contre la décision de la S.\_\_\_\_\_ du 26 mars 2018 précitée, en produisant notamment ces deux pièces médicales :

- Les réponses du 19 avril 2018 du Dr Z.\_\_\_\_\_ aux questions du mandataire de l'assuré, dont il ressort que l'intéressé était algique et plaintif, avec une humeur triste et morose, qu'il souffrait de troubles du sommeil et d'une grande fatigabilité, de manque d'énergie, de perte d'intérêt et de plaisir, de manque de confiance en soi, d'un sentiment de dévalorisation et de culpabilité, de flash-backs, d'oublis et de difficultés d'attention. Le patient verbalisait des idées suicidaires non scénarisées, présentait une perte d'espoir par rapport à son futur et ne parvenait pas à se projeter. Il ne supportait plus le bruit et pouvait exploser de colère sans raison apparente, se montrait irritable et vite énervé. Les difficultés psychiques paraissaient liées à l'accident.
- Le courrier adressé le 23 avril 2018 par le Dr N.\_\_\_\_\_ au mandataire de l'assuré, exposant que l'intéressé présentait des douleurs thoraco-lombaires consécutives à la fracture opérée en urgence, ainsi qu'au syndrome douloureux persistant, principalement au niveau du thorax en héli-ceinture gauche et paravertébral. Les inflammations articulaires postérieures et d'arthrose lombaires étaient en revanche relativement stabilisées par les traitements classiques.

La S.\_\_\_\_\_ a rejeté cette opposition par décision sur opposition du 27 avril 2018, laquelle a toutefois été annulée par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 4 avril 2019. A la suite de cet arrêt, la S.\_\_\_\_\_ a rendu une nouvelle décision le 23 janvier 2020, octroyant une rente d'invalidité de 19 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %, décision confirmée sur opposition le 5 janvier 2022 contre laquelle l'assuré a également recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Parallèlement, sur avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 27 août 2018, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du centre d'expertise H.\_\_\_\_\_ portant sur la médecine interne, la psychiatrie et psychothérapie et la rhumatologie. L'assuré ayant contesté l'attribution de ce mandat notamment parce qu'il n'incluait pas l'évaluation des capacités fonctionnelles préconisée par le SMR, l'OAI a confirmé le choix du centre et des disciplines à évaluer par communication du 29 janvier 2020 et a transmis au H.\_\_\_\_\_ les questions supplémentaires suggérées par l'intéressé, puis a rendu une décision incidente le 11 mars 2020. Le recours déposé le 4 mai 2020 par l'assuré contre cette décision incidente a été rejeté par arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 23 novembre 2020 (AI 124/20 - 386/2020).

Les Drs A.\_\_\_\_\_, médecin praticien, E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont été désignés pour procéder à l'expertise. Ils ont sollicité l'ajout d'une évaluation neurologique, laquelle a été confiée au Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Les quatre experts ont déposé leur rapport d'évaluation consensuelle le 13 octobre 2021, lequel était accompagné de rapports médicaux obtenus par les experts auprès du Dr N.\_\_\_\_\_ (rapports d'analyse sanguines de mai 2021, d'imageries du rachis effectuées en mai 2019 et de scintigraphie osseuse trois phase et spect-CT du rachis entier du 7 mai 2021) ainsi que des réponses de l'assuré à des questionnaires d'évaluation soumis par les experts. Etaient également jointes les expertises spécialisées de médecine interne, de neurologie, de psychiatrie et psychothérapie, ainsi que de rhumatologie. L'évaluation consensuelle concluait notamment comme suit :

« 4.2 Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.3) depuis 2017.
- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0).
- Rachialgies avec status après fracture Burst de L1 le 07.05.2015 et spondylodèse D12-L2 le lendemain.
- Status après cimentoplastie D6 et D8 en 2019.

- Troubles algiques et sensitivo-moteurs gauches sans substrat neurologique objectivable au niveau des membres supérieur et inférieur gauches.
- Status après lombo-sciatalgies gauches non déficitaires traitées conservativement (2014)
- Troubles dégénératifs du rachis lombaires (dès 2009).
- Discopathies C4 à C7 (2017).
- Épigastralgies chroniques.
- Surcharge pondérale.

#### 4.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

En raison de l'atteinte au rachis l'activité ne doit pas comporter de port répétitif de charges de plus de 5 kg ou de port ponctuel de charges de plus de 10 kg ainsi que les mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du tronc ou les positions prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux. L'activité devrait permettre l'alternance des positions assis/debout.

#### 4.4 Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

L'anamnèse retient que l'expertisé avant l'accident, était sociable, discipliné, travailleur et sérieux. « Depuis lors, je ne peux plus rien faire, c'est injuste, je suis en colère, justice doit [m'être] rendue ». Il n'y a pas de sentiment d'impuissance. Il n'y a pas de notion de comportement impulsif. Il n'y a pas de notion de comportement auto- ou hétéro-dommageable. Il n'y a pas de notion de débordement émotionnel. La recherche de traits de personnalité pathologique est négative. L'expertisé a une bonne perception de soi et des autres.

En termes de personnalité l'examen clinique est non contributif, il retient que l'attitude est un peu démonstrative et majorante.

Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas d'organisation pathologique de la personnalité.

Il n'y a pas eu de facteur de stress extraordinairement sévère et prolongé (emprisonnement en camp de concentration, torture, prise d'otage, risque d'être tué à tout moment, etc....) qui permet de discuter le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

#### 4.5 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Il existe indubitablement des éléments de surcharge, les douleurs et les troubles sensitivo-moteurs ne trouvant pas d'explication neurologique. On admettra néanmoins la persistance de quelques rachialgies liées au status post-traumatisme vertébral et spondylodèse.

L'expertisé est pourvu de ressources, il est capable de communiquer, de respecter un cadre, de s'adapter, il a de la flexibilité psychique, il est capable de s'organiser, il est rationnel, il est endurant psychiquement. Il a des capacités relationnelles. Il

s'appuie sur sa famille et son réseau amical. Il dispose encore d'un réseau professionnel.

#### 4.6 Contrôle de cohérence

Une divergence concerne l'existence de la fatigue qui est un symptôme subjectif et dont aucun caractère objectif ne peut être mis en évidence au jour de cette expertise. En effet, il n'y a pas de bâillement, pas d'attaques de paupières, pas de signe d'hypovigilance. De même, les perturbations retrouvées au niveau de l'échelle de somnolence d'Epworth au score de ce jour semblent plus compatibles avec les troubles physiques et psychiques existants.

Le bilan sanguin réalisé fin avril 2021 retrouve une valeur de ferritine parfaitement normale, ne pouvant donc pas expliquer du moins en partie la sensation de fatigue décrite intense par l'assuré.

Comme indiqué plus haut, il y a quelques divergences à l'anamnèse. Il y a aussi une certaine discordance entre les lésions somatiques objectives et l'importante symptomatologie douloureuse et l'impotence fonctionnelle qu'elle entraînerait selon l'expertisé.

Si les douleurs rachidiennes peuvent en partie avoir une origine liée à l'atteinte du système locomoteur anamnestique, les troubles algiques et sensitivo-moteurs hémicorporels gauches sont sans substrat somatique objectivable.

Il y a un décalage manifeste entre les plaintes psychiques subjectives de l'expertisé (intensité forte de l'humeur dépressive et anxieuse) et nos constatations d'examen (humeur anxieuse d'intensité faible, l'expertisé est euthymique, il n'y a pas de signe objectif de fatigue). Il y a majoration de symptômes. Il y a des divergences avec les éléments apportés par le dossier. Nous ne pouvons retenir l'appréciation diagnostic du Dr [...] : absence de diagnostic psychiatrique ([rapport médical] du 16.12.2016 [ndlr : consilium psychiatrique à la D. \_\_\_\_\_]). Nous ne pouvons valider l'appréciation du Dr Z. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant actuel ([rapports médicaux] du 29.03.2018 et du 19.04.2018) ni en termes de diagnostics, ni en termes de [capacité de travail]. Notre évaluation est en accord avec les évaluations de la Dre C. \_\_\_\_\_ ([rapports médicaux] du 16.03.2017 et du 22.09.2017), qui retenait déjà le diagnostic de majoration de symptômes pour des raisons psychologiques (F68.0).

#### 4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

0% depuis le 07.05.2015 en qualité de couvreur.

#### 4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

100%, vraisemblablement depuis mars 2017 au moins.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

L'incapacité de travail dans l'activité antérieure est en rapport avec les atteintes du rachis.

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Il convient de poursuivre le traitement actuellement en cours qui est adéquat et adapté. Il n'y a pas d'autres mesures thérapeutiques à envisager. On évitera, tout particulièrement, toute mesure invasive et semi-invasive qui ne ferait qu'aggraver la situation ou au mieux n'aurait pas d'effet significatif sur les plaintes. »

Le SMR a pris connaissance de cette expertise et émis l'avis suivant le 30 novembre 2021 :

« Conclusion :

Les experts fondent leurs conclusions sur une anamnèse prenant en compte les plaintes de l'assuré et sur leurs examens cliniques respectifs complétés par des examens complémentaires (bilan biologique, ENMG). L'appréciation de la situation médicale est claire et cohérente. Il est à noter que l'ensemble des intervenants relève un comportement un peu démonstratif et majorant, ce qui exclut par définition un trouble somatoforme douloureux (qui ne remplit d'ailleurs pas les critères diagnostiques). Devant l'absence d'atteinte incapacitante au plan psychiatrique, de la présence de ressources et d'un quotidien préservé, une activité adaptée aux [limitations fonctionnelles] somatiques semble tout à fait possible. Nous n'avons pas de raison de nous écarter des conclusions de cette expertise. »

Le 30 novembre 2021, l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2016, terme du délai de carence d'une année, au 31 mai 2017. Il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité lucrative du 7 mai 2015 au 28 février 2017, puis qu'il avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à sa situation dès le 1<sup>er</sup> mars 2017. L'activité adaptée était décrite comme un travail simple et répétitif 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, ouvrier dans le conditionnement, et qui respecte les limitations fonctionnelles (pas de port répétitif de charges de plus de 5 kg ou de port ponctuel de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs en flexion-extension ou rotation du tronc, pas de

positions prolongées avec le haut du corps en porte-à-faux, activité nécessitant une alternance des positions assis/debout). A cette date, le degré d'invalidité s'élevait à 8.28 %, le revenu sans invalidité étant fondé sur le salaire statistique que peut percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services avec un abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Ce taux n'ouvrait le droit ni à une rente, ni à des mesures professionnelles.

L'assuré a fait part de ses objections par courriers des 21 décembre 2021, 28 février et 4 mars 2022. Il a pour l'essentiel remis en doute la valeur probante de l'expertise et a produit les pièces suivantes :

- Les réponses du 16 février 2022 du Dr Z. \_\_\_\_\_ et de la psychologue I. \_\_\_\_\_ aux questions du mandataire de l'assuré, posant les diagnostics de stress post-traumatique (F43.1), épisode dépressif moyen (F32.1) et modification durable de la personnalité, sans précision (F62.8). Sa vulnérabilité psychique était liée aux séquelles et traitements subis depuis son accident de 2015, à la condition socio-économique précaire qui en avait résulté et à un manque de reconnaissance des professionnels et institutions. Une reprise d'activité était difficile à envisager en l'absence de compétence et de ressources internes ou externes. Le patient rapportait souvent des idées suicidaires non scénarisées, des cauchemars violents, des troubles du sommeil et des flashbacks, des oublis fréquents, une mauvaise concentration, des sursauts fréquents, des sautes d'humeur, des pertes de mots, des visions funestes et fugaces, de l'irritation et de la peine à gérer ses émotions. Une péjoration des symptômes était à craindre. La médication prescrite ne contre-indiquait pas une activité professionnelle. La psychothérapie devait être poursuivie sur le long terme.

- Un courrier du Dr N.\_\_\_\_\_ du 25 février 2022, mentionnant des imprécisions ou incohérences dans le rapport d'expertise du H.\_\_\_\_\_.
- Un second courrier du Dr N.\_\_\_\_\_ du 25 février 2022, discutant un avis médical du médecin-conseil de la S.\_\_\_\_\_.

Dans un avis du 22 mars 2022, le SMR a commenté les rapports médicaux précités et rappelé qu'il avait été admis que les diverses atteintes rachidiennes justifiaient une incapacité totale et définitive dans l'activité de ferblantier-couvreur mais qu'en revanche, une activité physique légère respectant les limitations du dos semblait possible au vu des ressources présentes chez l'assuré, de sa capacité à fonctionner au quotidien et d'activités sociales et récréatives préservées. Par conséquent, en l'absence d'éléments objectifs justifiant une modification ou aggravation de l'état somatique et psychique depuis l'évaluation disciplinaire datée du 13 octobre 2021, le SMR maintenait ses conclusions du 30 novembre 2021.

Le 23 mars 2022, l'OAI a transmis l'avis du SMR précité à l'assuré et a constaté que la contestation n'avait pas apporté d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, laquelle reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique. En conséquence, une décision confirmant le projet du 30 novembre 2021 lui serait prochainement notifiée.

Le 17 mai 2022, l'OAI a rendu une décision reprenant la motivation présentée dans son projet du 30 novembre 2021 et fixant le montant de la rente ainsi que les modalités de versement des prestations dues.

**C.** R.\_\_\_\_\_, représenté par Me Pierre-Yves Baumann, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 17 juin 2022. Requérant l'audition du Dr N.\_\_\_\_\_ et des psychothérapeutes, la mise en œuvre de nouvelles

expertises médicales psychiatrique et somatique ainsi qu'une expertise visant à déterminer sa capacité de travail potentielle dans d'autres tâches que la sienne propre, le recourant a conclu principalement à la réforme de la décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> juin 2017 avec intérêts à 5 % l'an dès cette date, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il contestait la valeur probante de l'expertise du H.\_\_\_\_\_, dès lors qu'elle paraissait contradictoire tant avec les constats établis dans l'instruction de son droit aux prestations de l'assurance-accident qu'avec les conclusions des médecins traitants. Il a joint en particulier les pièces suivantes :

- L'arrêt rendu le 4 avril 2019 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AA 96/18 - 45/2019).
- L'avis du Dr P.\_\_\_\_\_ du 31 mai 2021, dont le contenu est le suivant :

« Comme je l'ai déjà dit, la prise en charge de l'intervention du 04.02.2019 remettait en cause l'idée que le cas était stabilisé du point de vue médical au 31.12.2017, ce que le TC VD n'a pas manqué de relever. Sur la base des actes au dossier, on peut probablement affirmer que cette stabilisation de l'état de santé de l'assuré était patente lors de l'examen du Dr W.\_\_\_\_\_ du 20.08.2019 mas cela veut probablement aussi dire que l'accident du 18.04.2019, qui s'est soldé par des fractures supplémentaires, aurait dû être pris en charge par la Suva, sauf si on admet que la situation, pour les seules suites de l'accident du 07.05.2015, était stabilisée lors de la survenance de l'accident du 18.04.2019. A mon avis, cette affaire complexe relève d'une expertise externe. »

Par réponse du 15 août 2022, l'intimé a relevé qu'un recours était encore pendant auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal s'agissant des questions relevant de l'assurance-accidents et que l'assurance-invalidité n'était pas lié par l'évaluation de l'assureur-accidents. Par ailleurs, le SMR avait répondu aux critiques émises par les médecins traitants sur l'expertise du H.\_\_\_\_\_. L'intimé a par conséquent proposé le rejet du recours et le maintien de sa décision.

Confirmant ses conclusions dans sa réplique du 26 octobre 2022, le recourant a relevé que sa situation médicale n'était pas stabilisée, de nouvelles investigations ayant abouti à la proposition de procéder à une nouvelle intervention chirurgicale destinée à enlever un élément de métal dans la zone blessée en 2015 qui pourrait irriter la racine nerveuse et être à l'origine de ses douleurs constantes. Il a joint un rapport des Drs [...] et [...], spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à la Clinique [...], à [...], concluant comme suit :

« Beurteilung und Prozedere

Der Patient klagt seit der Operation 2015 über linksseitige gürtelförmige thorakale Schmerzen. In den heute durchgeführten Bildgebungen sehen wir eine gut durchgebaute dorsale Fusion im Spondylodesebereich Th12 bis LWK2 und wir sehen eine leichte mediale Lage-Abweichung der linken Schraube im Th12-Wirbelkörper. Die Beschwerden des Patienten sind bildmorphologisch nicht vollständig erklärbar. Da eine dorsale Fusion der Segmente bereits stattgefunden hat kann eine Implantatentfernung diskutiert werden. Ob sich die Schmerzen des Patienten nach der Entfernung verbessern, kann nicht vorausgesagt werden. Ein neues Einbringen von Metall sehen wir nicht als indiziert. Wir haben sonst keine Hinweise was die Beschwerden des Patienten erklären könnten. Der Patient wird alles mit dem Hausarzt besprechen und er wird sich bei Bedarf bei uns melden und gegebenenfalls werden wir eine Metallentfernung planen. »

L'intimé a confirmé ses conclusions dans sa duplique du 17 novembre 2022.

Par arrêt du 9 février 2023 (AA 15/22 - 16/2023), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours déposé contre la décision sur opposition rendue le 5 janvier 2022 par la S.\_\_\_\_\_ et, d'une part, l'a réformée en ce sens que le versement des indemnités journalières était maintenu jusqu'au 20 août 2019 et, d'autre part, l'a annulée en tant qu'elle statuait sur le droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la cause étant renvoyée à la S.\_\_\_\_\_ pour complément d'instruction et nouvelle décision. La S.\_\_\_\_\_ a déposé un recours contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral.

**E n d r o i t :**

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (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 d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> juin 2017.

**b)** 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Tel est le cas du recourant, qui s'est vu reconnaître le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2016 au 31 mai 2017.

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

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<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**c)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 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).

**4. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** 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).

**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 asséculo-logique. 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).

**d)** 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'espèce, il est constant que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de ferblantier-couvreur depuis l'accident qu'il a subi le 7 mai 2015. Toutefois, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire établie le 13 octobre 2021 par le H.\_\_\_\_\_, l'intimé a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles présentées par le recourant, ce que celui-ci réfute.

L'expertise du H.\_\_\_\_\_ se fonde sur le dossier fourni par l'intimé, que les experts ont complété par des pièces médicales obtenues directement auprès du médecin traitant du recourant. Ils ont pris note des plaintes du recourant et ont procédé aux examens complets commandés par leurs spécialités. L'expert en médecine interne générale, premier expert à avoir reçu le recourant, a soumis celui-ci à un monitoring médicamenteux, ainsi qu'à certains tests d'évaluation qui l'ont amené à préconiser l'ajout d'un volet spécialisé de neurologie à cette expertise (cf. ch. 6, p. 31 du rapport d'expertise de médecine interne). L'examen neurologique a inclus un électroneuromyogramme (ENMG), dont les résultats ont été intégrés dans l'anamnèse du rapport d'expertise neurologique (ch. 1.3, p. 5 du rapport). Les experts ont posé leurs diagnostics en confrontant leurs résultats aux constatations des médecins traitants, et ont expliqué cas échéant les raisons pour lesquelles leur avis était divergeant. Les experts ont également examiné soigneusement les ressources et difficultés dont disposait le recourant. Il convient par ailleurs de relever que l'expert en psychiatrie et psychothérapie a procédé à un examen structuré et a évalué les indicateurs prescrits par la jurisprudence relative aux affections psychiatriques. Enfin, les conclusions de l'évaluation pluridisciplinaire sont claires et étayées, de sorte qu'il faut constater que l'expertise pluridisciplinaire du H.\_\_\_\_\_ répond entièrement aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante.

Les experts sont ainsi arrivés à la conclusion que la capacité de travail du recourant n'était influencée que par les atteintes au rachis, qui rendaient l'exercice de l'activité habituelle inexigible. En revanche, une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles existait, sans modification importante, à tout le moins depuis mars 2017. L'expert rhumatologue a déterminé cette date en s'appuyant sur le rapport d'examen établi en mars 2017 par le médecin-conseil de la S.\_\_\_\_\_. Une telle capacité de travail avait déjà été constatée début 2017 par les médecins de la D.\_\_\_\_\_, à l'issue du séjour de l'assuré dans cet établissement, tandis que les spécialistes consultés par le recourant pour ses douleurs dorsales ne se sont jamais prononcés sur la capacité de travail. Il ressort par ailleurs de l'arrêt AA 15/22 - 16/2023 du 9 février 2023, que la cimentoplastie effectuée en 2019 sur la vertèbre fracturée en 2015 n'avait pas amené les résultats espérés, de sorte que l'état de santé est resté stable depuis 2017 à tout le moins.

**b)** Dans un premier moyen, le recourant a relevé que la S.\_\_\_\_\_, respectivement de la Cour de céans dans son arrêt du 4 avril 2019, avaient retenu que la situation médicale n'était pas stabilisée avant le 31 décembre 2017, voire une date ultérieure. Ce constat serait contradictoire avec la capacité de travail retenue par les experts du H.\_\_\_\_\_.

Le recourant perd toutefois de vue que, bien que la notion d'invalidité soit en principe identique en matière d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents, il n'en demeure pas moins que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549), tout comme l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3). En effet, l'uniformité de la notion d'invalidité n'a pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.2.1 ; 126 V 288 consid. 2a et 2d). Il faut en outre tenir compte du fait que l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation

de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4, 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

Par ailleurs, le début du droit à la rente est réglé très différemment en matière d'assurance-accidents qu'en matière d'assurance-invalidité. La première fait naître ce droit au moment où l'atteinte accidentelle peut être considérée comme stabilisée parce qu'il n'y a plus lieu d'attendre d'amélioration sensible de la poursuite des soins (art. 19 al. 1 LAA) alors que, pour la seconde, le droit à la rente peut naître dès qu'une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne a duré une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 LAI), mais au plus tôt à l'échéance d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI). La notion de stabilisation de l'état de santé est donc une notion propre à l'assurance-accidents, qui sert à déterminer la date à laquelle la prise en charge des frais médicaux et le versement des indemnités journalières va prendre fin, pour céder la place à une éventuelle rente d'invalidité tandis que la poursuite des soins relèvera de l'assurance-maladie. Par conséquent, même lorsque la stabilisation de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'a pas encore été atteinte, il peut exister une capacité de travail résiduelle, que la poursuite des traitements visera à améliorer encore. Il n'y a ainsi pas d'incohérence dans le fait que l'assurance-invalidité examine le droit à la rente et retienne une capacité de travail résiduelle à une date antérieure à l'assurance-accidents.

Quant aux contradictions relevées par le recourant entre les appréciations des deux médecins-conseils de la S.\_\_\_\_\_, elles concernent uniquement la date de la stabilisation, restée litigieuse en relation avec la prise en charge d'une ultime intervention au niveau la fracture subie en 2015. Les considérations des médecins-conseil de la S.\_\_\_\_\_ sur la date de la stabilisation n'étaient donc pas de nature à faire douter de la valeur probante de l'expertise du H.\_\_\_\_\_. Au demeurant, en se fondant sur les constatations des médecins de la D.\_\_\_\_\_ et les résultats de l'examen effectué en mars 2017 par le Dr P.\_\_\_\_\_, les médecins-conseils de la S.\_\_\_\_\_ ont évalué la capacité

de travail de la même manière que les experts du H.\_\_\_\_\_, étant rappelé que l'intervention dont la prise en charge par l'assurance-accidents était litigieuse a eu lieu avant l'expertise et n'a pas apporté l'amélioration espérée (cf. arrêt AA 15/22 - 16/2023 du 9 février 2023, consid. 5b).

**c)** Dans un second moyen, le recourant a remis en question la valeur probante de l'expertise du H.\_\_\_\_\_, en raison d'incohérences et de contradictions relevées par ses médecins traitants.

**aa)** Sur le plan somatique, se fondant sur les commentaires du Dr N.\_\_\_\_\_ du 25 février 2022, le recourant a fait valoir que l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ ne pouvait être suivie parce que ce médecin a écrit que la présence d'une maladie inflammatoire ne pouvait être exclue, sans procéder à d'autres investigations pour éclaircir ce point. Il convient d'emblée de relever que le Dr N.\_\_\_\_\_ ne tire aucune conclusion d'ordre médical de ce constat, en ce sens qu'il n'explique pas en quoi le fait de ne pas retenir ni exclure ce diagnostic rendrait caduc l'ensemble des conclusions de l'expertise. Il s'agit en effet de rappeler que, du point de vue de l'assurance-invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic, mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est déterminant (cf. TF 9C\_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 : 9C\_787/2015 du 31 mai 2016 consid. 6). Par ailleurs, il faut constater, à l'instar de l'intimé, que la phrase incriminée a été sortie de son contexte. L'expert a indiqué précédemment que, malgré une scintigraphie osseuse évoquant une possible spondylarthrite inflammatoire, la présentation clinique n'était « pas suggestive d'une telle pathologie ». Il n'y avait pas de signe évocateur dans les différentes IRM effectuées jusqu'alors, de syndrome inflammatoire biologique lors de la récente prise de sang, ni de signe objectivable à l'examen clinique (ch. 7.1, p. 29 du rapport d'expertise rhumatologique). Il en découle que, s'il n'a pas complètement exclu la possibilité d'une maladie inflammatoire dont les manifestations peuvent évoluer dans le temps, l'expert a exposé les raisons qui l'amenaient à ne pas retenir ce diagnostic au jour de l'expertise. Il a ensuite précisé que la capacité de travail était préservée dans une activité

adaptée « même en admettant une possible spondylarthropathie inflammatoire associée » (ch. 7.1, p. 30 du rapport d'expertise rhumatologique). L'expert a donc tenu compte des possibles répercussions d'une telle atteinte dans la détermination de la capacité de travail du recourant, même s'il n'a pas formellement retenu ce diagnostic. Aussi, la critique du Dr N. \_\_\_\_\_ à l'égard de l'expertise rhumatologique est-elle entièrement infondée.

Dans son écrit du 25 février 2022, le Dr N. \_\_\_\_\_ a également critiqué l'expertise du Dr A. \_\_\_\_\_, pointant le fait que cet expert a attesté d'une capacité de travail de 100 % sans perte de rendement dans l'activité antérieure en opposition totale avec les conclusions de la S. \_\_\_\_\_ et du Dr X. \_\_\_\_\_. Ce faisant, le médecin traitant a omis le fait que le Dr A. \_\_\_\_\_ était mandaté pour procéder à une expertise de médecine interne, discipline générale, alors que des expertises spécialisées étaient également mises en œuvre. Conformément à son mandat, ce médecin a porté son attention sur l'état de santé du patient en excluant les autres domaines expertisés, l'interaction entre les différentes atteintes devant ensuite faire l'objet de l'évaluation consensuelle entre les spécialistes. Comme il l'a exposé au ch. 6 de son rapport, le Dr A. \_\_\_\_\_ a retrouvé d'importants signes neurologiques à l'examen et a préconisé la mise en œuvre d'une expertise neurologique qui n'avait pas été requise initialement, puis s'est limité aux autres diagnostics du domaine de la médecine générale. Dans ce contexte, l'expert a noté la présence d'épigastralgies non invalidantes et n'a observé aucun caractère objectif pour l'importante fatigue déclarée par l'assuré, en précisant que le score à l'échelle de somnolence d'Epworth montrait des signes de somnolence diurne qui paraissaient toutefois plus en rapport avec l'existence de troubles du sommeil sous-jacents et du traitement médicamenteux en cours d'utilisation, mais non le signe d'un trouble de type apnée du sommeil. Enfin, le bilan sanguin permettait d'écarter une carence en fer (cf. pp. 31 s. du rapport d'expertise de médecine interne).

Ainsi, il n'apparaît pas de contradictions entre les différentes expertises portant sur l'état de santé somatique.

**bb)** Du point de vue psychique, le recourant a fait valoir que l'expert psychiatre ne pouvait être suivi parce qu'il avait nié toute affection psychiatrique, à l'encontre de l'avis de l'ensemble de ses médecins traitants et quand bien même il est suivi depuis plusieurs années par des psychothérapeutes. Cette argumentation n'est pas pertinente.

En effet, l'expert psychiatre a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.3) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il a dûment expliqué les raisons qui l'ont amené à retenir ce diagnostic plutôt que ceux posés par les psychothérapeutes traitants. Il a relevé en particulier que le tableau clinique ne présentait pas de symptomatologie dépressive suffisante pour retenir un diagnostic spécifique dans ce registre de pathologie, ni de symptomatologie anxieuse suffisante pour retenir un autre diagnostic spécifique de ce type. L'expert a par ailleurs expliqué pour quels motifs il ne retenait pas le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. En revanche, le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'a pas étayé ses diagnostics dans ses différents rapports et n'a pas pris position sur l'expertise psychiatrique dans son écrit de février 2022.

Cela étant, il apparaît que le tableau clinique posé par l'expert diffère de manière importante du status décrit par le Dr Z. \_\_\_\_\_ dans ses différents rapports. Cependant, l'expert a observé un « décalage manifeste » entre les plaintes subjectives de l'expertisé (intensité forte de l'humeur dépressive et anxieuse) et les constatations de l'examen (humeur anxieuse d'intensité faible, euthymie, pas de signe objectif de fatigue), une amplification manifeste des symptômes physiques et psychiques, ainsi que l'absence de sentiment de détresse mais un expertisé « revendiquant ». Il a également constaté que le taux sanguin de la médication antidépressive était « très en-dessous » de la fourchette thérapeutique, ce qui objectivait une non-observance. Le décalage entre les constatations objectives à l'examen et les plaintes subjectives du

recourant a été signalé par l'ensemble des experts (cf. ch. 4.6, p. 11 de l'évaluation pluridisciplinaire), et était déjà mentionné par les médecins de la D.\_\_\_\_\_, en particulier par la psychiatre-conseil de l'établissement (cf. p. 3 du consilium psychiatrique du 16 décembre 2016), par le Dr P.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen final du 29 mars 2017, ainsi que par la Dre C.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 22 septembre 2017. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a également noté dans ses rapports de 2018 que son patient restait « algique et plaintif », qu'il répétait souvent que sa vie avait basculé à cause de l'accident de 2015 et qu'il regrettait sa vie d'avant son accident en raison des répercussions économiques de la perte de son emploi. Dans le rapport du 16 février 2022, le psychiatre a dit craindre une péjoration des symptômes de son patient en l'absence de ressources pour aller mieux, face à une réactivation permanente de ses traumatismes par ses douleurs, sa précarité économique, ses difficultés relationnelles et un conflit conjugal latent. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ s'est cependant limité à indiquer que son patient ne disposait d'aucune compétence ni ressources internes ou externes, sans autre précision. Enfin, il apparaît que ce médecin ne s'est jamais réellement prononcé sur la capacité de travail du recourant, se référant généralement à cet égard aux rapports des médecins somaticiens ou aux plaintes algiques de son patient. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a pour sa part uniquement relevé la contradiction entre l'avis de l'expert et celui du psychothérapeute traitant, sans apporter d'argument médical. Les rapports établis par ce médecin ne contiennent aucun status ni description de la journée-type du recourant. Enfin, dans ses critiques à l'égard de l'expertise, le médecin généraliste traitant n'a émis aucun grief à l'encontre des examens et constatations médicales des experts.

Il apparaît ainsi que les conclusions des médecins traitants sont largement influencées par des facteurs qui ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité. En effet, selon la jurisprudence, lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches ; en revanche, les contraintes sociales ayant directement des conséquences fonctionnelles négatives ne sont pas prises en considération

(cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées ; TF 9C\_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Il faut également tenir compte de la relation thérapeutique qui s'est nouée entre le recourant et les Drs Z.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, qui a pu influencer leur évaluation de la capacité de travail face à un patient plaignant, qui a tendance à exagérer ses symptômes et qui, de surcroît, ne prend pas de manière régulière la médication prescrite comme l'a constaté l'expert psychiatre. Les divergences entre les rapports du psychiatre traitant, relayées par le médecin généraliste traitant, et les conclusions de l'expertise psychiatrique s'expliquent ainsi largement et ne remettent pas sérieusement en question les résultats de l'expertise.

**d)** Les constats des experts ne sont pas remis en cause non plus par le rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2022 déposé par le recourant avec sa dernière écriture. Outre le fait que les nouvelles investigations dont il est question sont postérieures à la décision et ne peuvent dès lors pas être prises en compte, il faut relever que le lien possible entre les douleurs et la position des vis dans la vertèbre fracturée en 2015 a déjà été mentionné par le passé. Cette problématique a en effet été signalée notamment dans le rapport de scintigraphie osseuse du 7 mai 2021, figurant dans l'expertise du H.\_\_\_\_\_, et le Dr O.\_\_\_\_\_ a noté que les examens radiologiques effectués à distance de l'accident avaient révélé une possible petite irritation par les vis pédiculaires. Néanmoins, le Dr O.\_\_\_\_\_ n'a pas observé d'atteinte somatique neurologique lors de son examen (ch. 7.1, p. 30 du rapport d'expertise neurologique). Il apparaît également que, contrairement à ce qu'affirme le recourant dans son écriture du 26 octobre 2022, les nouveaux médecins qu'il a consultés à la Clinique [...] ne semblent convaincus, ni du lien entre la vis et les douleurs ressenties (« Die Beschwerden des Patienten sind bildmorphologisch nicht vollständig erklärbar »), ni de l'efficacité d'une éventuelle intervention à ce niveau (« Ob sich die Schmerzen des Patienten nach der Entfernung verbessern, kann nicht vorausgesagt werden »). Ce rapport doit donc être écarté.

En conséquence, il faut reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du H.\_\_\_\_\_, de sorte que l'intimé était fondé à retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées à l'atteinte lombaire.

**6.** Le recourant n'a formulé aucune critique à l'égard du calcul de son degré d'invalidité ou de son statut de personne active à 100 %. Le calcul peut être confirmé. Ainsi, compte tenu d'une incapacité complète de travail et de gain jusqu'au 28 février 2017 puis d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> mars 2017 entraînant un degré d'invalidité nul, c'est à juste titre que l'intimé a octroyé une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1<sup>er</sup> mai 2016 au 31 mai 2017.

**7.** A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis l'audition en qualité de témoins de son médecin généraliste et de ses psychothérapeutes traitants, ainsi que la mise en œuvre d'expertises médicales et d'une évaluation de sa capacité de travail.

S'agissant des auditions, les praticiens concernés ont déjà rédigé plusieurs rapports figurant au dossier de la cause. Par conséquent, il n'y a pas lieu d'ordonner en sus leur audition. Quant aux expertises, comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

**8. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

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

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 17 mai 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 d'R. \_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Pierre-Yves Baumann (pour R. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :