

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à
Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation, a travaillé en qualité de serveur pour le compte de plusieurs employeurs.

Le 10 février 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une incapacité totale de travail à compter du mois de septembre 2016, en raison de hernies discales. A l'appui de sa demande, il a adressé à l'OAI un rapport établi le 28 décembre 2016 par le Dr [...], spécialiste en neurochirurgie, au terme duquel ce dernier a posé le diagnostic de hernie discale C5-C6 paramédiane gauche comprimant la racine C6 à gauche et C4-C5 avec compression médullaire et radiculaire C5 à droite et indiqué que l'assuré avait bénéficié d'une cervicotomie antérieure avec discectomie au niveau C4-C5 et C5-C6 avec suite opératoire favorable.

Dans un rapport du 3 avril 2017, la Dre [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au sein du Centre M._____, et la psychologue B._____, ont posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de troubles mixtes de la personnalité avec trait de personnalité dépendante et anxieuse, avec le diagnostic différentiel en cours d'investigation de modifications durables de la personnalité non attribuables à une lésion ou à une maladie cérébrale, ainsi que ceux de trouble dépressif récurrent avec dyssomnie, de syndrome de dépendance à l'alcool actuellement abstinent et syndrome de dépendance au THC actuellement abstinent. L'assuré suivait une psychothérapie autour du syndrome post-traumatique et prenait un traitement anti-dépresseur. L'incapacité de travail était liée à des facteurs somatiques.

Le 6 octobre 2017, les médecins du Centre M._____ et la psychologue B._____ ont exposé que sur le plan psychiatrique, il y avait globalement une stabilisation ; la symptomatologie anxieuse et thymique n'était cependant pas complètement amendée et le traitement et le suivi

étaient maintenus. La perspective d'une reprise d'activité semblait un facteur motivationnel. L'incapacité de travail était attestée pour des motifs somatiques.

Dans un rapport à l'OAI du 17 octobre 2017, le Dr U._____, médecin praticien, a indiqué que les cervicalgies s'étaient améliorées en post-opératoire, avec la persistance de douleurs. L'activité habituelle n'était plus exigible mais une capacité de travail à 60 % dans une activité adaptée était possible depuis le 17 octobre 2017.

Après avoir indiqué que l'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 12 juillet 2018 en raison d'un hoquet incessant avec reprise des cervicalgies, le Dr U._____ a précisé, le 26 septembre 2018, que la symptomatologie avait disparu après une semaine. Sur demande de l'OAI, il a ajouté que l'incapacité de travail attestée d'avril à septembre 2017 était justifiée par un œdème du genou avec limitation importante de la flexion et de l'extension, impossibilité de se mettre accroupi, de rester longtemps assis ou debout, de monter les escaliers ou de porter des charges. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu, le 15 octobre 2018, les diagnostics de radiculopathie C5 droite et de chondropathie fémoro-patellaire droite. Il a estimé que les limitations fonctionnelles signalées par le Dr U._____ depuis octobre 2016 pouvait être retenues, celles-ci étant cohérentes avec l'atteinte cervicale. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de serveur. Entre octobre 2016 et février 2017, une incapacité totale de travail pouvait être retenue en raison de la hernie discale, de l'intervention chirurgicale et des soins consécutifs. Entre février 2017 et le 7 avril 2017, les neurochirurgiens avaient signalé une évolution favorable. Le SMR a relevé que l'assuré avait voyagé et qu'aucune incapacité de travail n'était attestée par un médecin. Une reprise dans une activité adaptée était ainsi possible dès le mois de février 2017. Du 7 avril au mois de septembre 2017, une incapacité de travail totale en raison d'une fracture de la rotule était attestée. À partir du mois d'octobre 2017, les médecins signalaient

une stabilisation globale de l'état qui ouvrait une possibilité de réadaptation avec une capacité de travail dans une activité adaptée estimée à 60 % par le Dr U._____. Par la suite, aucun motif ne justifiait que la diminution de la capacité perdure. Le SMR a retenu que l'assuré était totalement incapable de travailler d'octobre 2016 à février 2017 et du 7 avril au 20 septembre 2017, puis capable de travailler à 60 % dans une activité adaptée en octobre 2017 et pleinement capable de travailler dans une activité adaptée dès le mois de novembre 2017. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : port de charges de la main droite, travail répétitif avec les membres supérieurs au-dessus du plan des épaules, montée et descente d'escaliers, port de charges en marchant, positions accroupies ou à genoux prolongées, station debout ou assise prolongée avec alternance des positions à la demande.

L'OAI s'est fait remettre par l'assurance perte de gain maladie deux rapports d'expertise. Dans son rapport du 1^{er} mars 2019, le Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, a retenu les diagnostics de syndrome de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et de cervicalgies sur status post-discectomie antérieure C4-C5 et C5-C6, sans effet sur la capacité de travail. Une reprise progressive de l'ancienne activité de serveur était possible, avec une récupération totale prévisible d'ici 3 à 4 mois. Dans son rapport du 13 septembre 2019, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic incapacitant de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive, actuellement en rémission partielle, et celui de difficultés liées à l'emploi et au chômage, sans effet sur la capacité de travail. L'assuré était incapable de travailler dans son activité, qui était adaptée du point de vue psychiatrique, jusqu'au 31 octobre 2019 puis capable de travailler à 100 % depuis lors.

Dans un projet de décision du 24 septembre 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser de prester. Il a exposé que l'assuré avait vu sa capacité de travail restreinte depuis le 20 octobre 2016, à des taux variables et durant trois périodes déterminées dans le temps. Toutefois, à l'issue de chaque période d'incapacité de travail, il

avait retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de serveur. Les trois périodes d'incapacité de travail étant inférieures à une année, des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires et le droit à une rente n'était pas ouvert.

A la suite des objections de l'assuré du 18 octobre 2019 et des pièces produites, l'OAI a poursuivi l'instruction de la demande de prestations. Dans un avis du 4 février 2020, le SMR a constaté que d'octobre 2016 à mai 2019, ses conclusions précédentes étaient corroborées par l'expertise rhumatologique du Dr G._____. A partir du mois de juin 2019, une incapacité de travail pour raisons psychiatriques était attestée et devait être investiguée.

Dans un rapport du 26 août 2020, le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'autres troubles dissociatifs, personnalité multiple, d'état de stress post-traumatique avec trauma complexe, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et de difficultés en lien avec une enfance malheureuse avec d'importants événements traumatiques. Il a fait état des antécédents suivants : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation épisodique d'alcool. L'état de santé psychique de l'assuré s'était dégradé durant le confinement puis en juin 2020 à la suite du décès de son père. Un brusque changement dans sa personnalité avait alors été constaté et la symptomatologie dissociative s'était accentuée. Une incapacité totale de travail dans toutes activités était attestée depuis le 11 juillet 2019. Le Dr P._____ a joint à son rapport un bilan neuropsychologique du 6 décembre 2018.

Le 1^{er} octobre 2020, le SMR a estimé qu'en raison de l'intrication d'un syndrome douloureux chronique et de troubles psychiques, il était nécessaire de solliciter une évaluation multidisciplinaire. Celle-ci a été attribuée aléatoirement à la Clinique V._____ (ci-après : la Clinique V._____).

Le 20 avril 2021, l'OAI a informé l'assuré que les Drs O._____, spécialiste en médecine interne générale, R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, Z._____, spécialiste en rhumatologie, et la neuropsychologue H._____ allaient l'examiner.

Le 26 mai 2021, les experts ont rendu leur rapport, au terme duquel ils ont retenu les diagnostics de status post-discectomie antérieure C4-C5 et C5-C6, et de gonarthrose droite modérée, avec effet sur la capacité de travail, ainsi que ceux de diabète de type II non insulino-requérant, d'obésité de grade 2, de dyslipidémie, de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, de difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant et de difficultés en lien avec un parent en charge à domicile nécessitant des soins, sans effet sur la capacité de travail. Les experts ont estimé que l'assuré était capable de travailler à 70 % dans son activité habituelle et à 90 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le 1^{er} janvier 2018. Les limitations retenues étaient les suivantes : ne pas effectuer de travaux répétés ou soutenus en extension ou en rotation du rachis cervical, ne pas porter de charges excédant 10 kg, monter et descendre les escaliers ou des échelles, travailler en position accroupie ou à genoux, le diabète mal équilibré justifiait des horaires de travail fixes dans la semaine, et diminution des capacités cognitives en cas de stress.

Dans un avis du 21 juin 2021, le SMR a estimé qu'il pouvait se rallier aux conclusions de l'expertise de la Clinique V._____.

Par projet de décision du 11 décembre 2021, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente de 60 % du 1^{er} octobre 2017 au 31 mars 2018.

Désormais représenté par l'avocat Jean-Michel Duc, l'assuré a formulé le 25 janvier 2022 des objections à l'encontre de ce projet de décision, en demandant à pouvoir consulter le dossier et compléter ses observations, indiquant qu'il allait produire des rapports médicaux.

L'OAI a envoyé à l'assuré, par son conseil, son dossier complet, et lui a accordé un délai supplémentaire au 31 mars 2022 pour faire part de ses éventuelles objections et transmettre tous documents (médicaux et/ou économiques) permettant d'étayer ses arguments.

Le 31 mars 2022, l'avocat de l'assuré a sollicité une prolongation de délai au 30 avril 2022 pour compléter les objections et adresser les documents permettant d'étayer ses arguments.

Le 1^{er} avril 2022, l'OAI lui a accordé un ultime et dernier délai au 30 avril 2022 pour faire part de ses objections et fournir les éléments qui étayeraient sa position, en relevant qu'aucune nouvelle prolongation ne serait accordée et ce qu'elle qu'en soit la raison. À l'échéance du délai prolongé, il prendrait position en tenant compte des éléments en sa possession. Si une instruction complémentaire devait être effectuée, l'assuré en serait avisé. Si tel n'était pas le cas, l'OAI notifierait sa décision.

Le 29 avril 2022, l'avocat de l'assuré a requis une nouvelle prolongation de délai au 30 septembre 2022 pour déposer des objections complémentaires, estimant que le délai au 30 avril 2022 empêchait l'assuré de faire valoir ses droits. Il a indiqué qu'il allait soumettre l'expertise de la Clinique V._____ à un expert « indépendant et neutre », exposant à cet égard que la mise en œuvre d'une telle expertise nécessiterait du temps.

Par décision du 20 juillet 2022, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à trois-quarts de rente d'invalidité du 1^{er} octobre 2017 au 31 mars 2018, fondée sur un degré d'invalidité de 60 %, compte tenu d'une capacité de travail de 90 % dès le 1^{er} janvier 2018 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit ne pas effectuer de travaux répétés ou soutenus en extension ou en rotation du rachis cervical, ne pas porter de charges excédant 10 kg, monter et descendre les escaliers ou des échelles, travailler en position accroupie ou à genoux, le diabète mal

équilibré justifiant des horaires de travail fixes dans la semaine et une diminution des capacités cognitives en cas de stress.

B. Par acte du 31 août 2022, S._____, toujours représenté par Me Duc, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision. En substance, il a contesté la valeur probante de l'expertise de la Clinique V._____ et l'existence d'une capacité de travail, estimant cette expertise « totalement erronée, en ce sens que [ses] atteintes somatiques empêchent en réalité toute activité professionnelle », étant encore d'avis que ladite expertise apparaissait « très orientée assureur et pas objective ». Sur le plan formel, il s'est plaint d'une violation de son droit d'être entendu par l'intimé, qui ne lui avait pas accordé le délai nécessaire pour compléter ses objections et mettre en œuvre une contre-expertise. Il n'avait ainsi pas eu la possibilité de s'exprimer sur l'ensemble des points relevés dans le projet de décision du 11 décembre 2021. Dans ce cadre, il a relevé que sa requête de prolongation ne portait au demeurant aucune atteinte aux intérêts de l'OAI, qui ne lui versait plus de prestation. Il était par ailleurs notoire que pour recueillir un rapport d'expertise médical, et en particulier une contre-expertise privée sur une expertise, il fallait de très nombreux mois, en particulier pour un assuré. La violation du droit d'être entendu constatée devait dès lors conduire à l'annulation de la décision attaquée.

Par décision du 22 septembre 2022, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 31 août 2022 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc.

Dans sa réponse du 20 octobre 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le recourant a maintenu sa position par réplique du 15 mars 2023.

L'OAI en a fait de même le 13 avril 2023.

Le 28 août 2023, le recourant a indiqué à la Cour de céans qu'il avait reçu le rapport médical qu'il entendait produire par devant l'OAI. Considérant qu'il était nécessaire de renvoyer la cause à l'intimé, le recourant a précisé qu'il adresserait ledit rapport uniquement à l'OAI.

Le 29 août 2023, le recourant a relevé que le rapport d'expertise de la Clinique V._____ ne contenait aucun volet rhumatologique, contrairement à ce qui avait été sollicité par l'OAI, de sorte qu'il devait être considéré comme incomplet, tout comme l'instruction menée par l'OAI.

Se déterminant le 7 septembre 2023, l'intimé a argué que le manquement formel du rapport du Dr Z._____, rhumatologue, n'avait pas de conséquence dès lors que le rapport d'expertise contenait une évaluation consensuelle, laquelle faisait état du versant rhumatologique ayant motivé les conclusions sur l'aptitude au travail du recourant. Celui-ci avait d'ailleurs pu faire valoir ses arguments sur le plan médical devant l'autorité de recours.

Par écriture du 25 septembre 2023, le recourant a maintenu ses conclusions.

Le 9 octobre 2023, l'OAI a confirmé, après consultation de la Clinique V._____, que l'expertise rhumatologique était intégrée dans le rapport principal, étant donné que l'expert principal était le rhumatologue Z._____.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. 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. En l'occurrence, dès lors que l'ouverture du droit à la rente est antérieure au 31 décembre 2021, l'ancien droit demeure applicable.

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

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

c) 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).

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).

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).

e) 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).

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).

5. a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chacun le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que

celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 139 I 189 consid. 3.2 et références citées).

b) Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, toutefois, la violation du droit d'être entendu est réparée – à titre exceptionnel et pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 127 V 431 consid. 3d/aa).

6. a) Le recourant reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu, en lui refusant une prolongation de délai de cinq mois, aux fins de produire une expertise privée et déposer ses objections à l'encontre du projet de décision du 11 décembre 2021.

b) A teneur de l'art. 57a al. 1 LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations, ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée, ainsi que toute décision qu'il entend prendre au sujet d'une suspension à titre provisionnel des prestations. Selon l'al. 3 de cette disposition (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021 à la suite de la modification de la LPGA ; RO 2020 5143), les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de 30 jours.

Le message du Conseil Fédéral du 2 mars 2018 concernant la modification de la LPGA (FF 2018 1597) rappelle que les mesures de simplification de la procédure de l'AI, entrées en vigueur le 1^{er} juillet 2006, ont réintroduit le préavis dans l'AI. Le délai de 30 jours accordé pour le contester a été réglé dans ce cadre à l'art. 73ter al. 1 RAI. Selon l'ATF 143 V 71, le délai fixé au niveau de l'ordonnance ne pouvait pas être prolongé.

Il ressortait cependant clairement de travaux préparatoires que telle n'était pas la volonté du législateur. Il importait donc d'inscrire dans la loi, à l'occasion de la révision de la LPGA, que ce délai de 30 jours ne pouvait être prolongé. Le Conseil fédéral a retenu que, d'une part, le préavis avait été mis en place dans le contexte de la simplification de la procédure. Or, si ce délai restait réglementé dans le RAI et que le Tribunal fédéral estimait finalement qu'il s'agissait d'un délai judiciaire, cela irait à l'encontre de l'objectif visé et risquerait même de prolonger la procédure. D'autre part, la contestation du préavis n'était pas soumise à une grande exigence formelle (elle pouvait par exemple aussi se faire oralement). En outre, un délai absolu de 30 jours ne semblait pas non plus problématique pour ce qui était de la protection du droit des assurés, étant donné qu'ils avaient également la possibilité de faire recours contre la décision dans un délai de 30 jours après que celle-ci leur avait été communiquée. Le Conseil fédéral a dès lors conclu que le délai devait être inscrit à l'al. 3 de l'art. 57a LAI (cf. Message du Conseil fédéral précité ; FF 2018 1636 et 1637).

c) En l'occurrence, il est établi que le délai de 30 jours, désormais inscrit à l'art. 57a al. 3 LAI, est un délai légal et qu'il est de ce fait non prolongeable. On ne saurait par conséquent reprocher à l'intimé d'avoir refusé au recourant une *troisième* prolongation de délai, à hauteur de cinq mois supplémentaires, alors qu'il avait déjà bénéficié de deux prolongations, la seconde arrivant à échéance le 30 avril 2022. Le recourant avait au demeurant annoncé initialement la production de « rapports médicaux », pour finalement n'annoncer qu'à fin avril 2022 qu'il entendait requérir une expertise privée. Il lui aurait au demeurant été loisible de produire ces éléments dans le cadre de la présente procédure, étant rappelé que le projet de décision a été rendu le 11 décembre 2021, et que depuis le dépôt de son recours il aurait pu sans difficulté obtenir les compléments annoncés (qu'il s'agisse de rapports médicaux ou d'une expertise privée), étant constant que la Cour de céans est dotée d'un plein pouvoir d'examen. Le droit d'être entendu du recourant a donc bien été respecté *in casu*.

7. En l'espèce, le recourant conteste la valeur probante de l'expertise de la Clinique V._____, et l'existence d'une capacité de travail, estimant cette expertise « totalement erronée, en ce sens que [ses] atteintes somatiques empêchent en réalité toute activité professionnelle ».

a) Le recourant n'étaye toutefois pas son propos. Il n'indique en particulier nullement dans ses écritures pour quels motifs l'expertise de la Clinique V._____ serait dénuée de valeur probante, ni ne produit de pièce qui serait propre à en remettre en cause les conclusions. En outre, et alors même que la Cour de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen, le recourant a délibérément choisi qu'il adresserait uniquement à l'OAI « le rapport médical qu'il entendait produire par devant » lui. Aussi, force est de constater qu'il n'a pas motivé son grief selon lequel l'expertise serait erronée.

b) Quoi qu'il en soit, le recourant ne pourrait être suivi. L'expertise a en effet été rédigée après qu'il a été examiné par chacun des quatre experts, à l'occasion d'entretiens distincts qui ont été réalisés les 18 et 19 mai 2021. Les experts ont listé les pièces du dossier, relaté les plaintes de l'expertisé, établi son anamnèse, puis procédé à un examen complet à l'issue duquel ils se sont prononcés sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Les experts ont enfin rédigé une appréciation consensuelle au sein même du volet d'expertise rédigé par le Dr Z._____, expert rhumatologue. Le rapport d'expertise comporte ainsi bien les quatre volets sollicités par l'OAI, contrairement à ce que soutient le recourant.

Dans leur rapport, les experts ont retenu les diagnostics de status post-discectomie antérieure C4-C5 et C5-C6 et de gonarthrose droite modérée, avec effet sur la capacité de travail. Ils ont également posé les diagnostics de diabète de type II non insulino-requérant, d'obésité de grade 2, de dyslipidémie, de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, de difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant et de difficultés en lien avec un parent en charge à domicile nécessitant des

soins, sans effet sur la capacité de travail. L'examen neuropsychologique avait mis en évidence de légères difficultés de mémoire à court terme verbale et à une épreuve de reconnaissance en mémoire épisodique visuelle. L'experte psychiatre, en particulier, a expliqué de manière détaillée les raisons pour lesquelles elle a écarté les diagnostics de troubles dissociatifs avec personnalités multiples, d'état de stress post-traumatique, de trouble dépressif récurrent, d'antécédents de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de troubles de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive. Elle a exposé qu'il n'avait aucun argument orientant vers un trouble dissociatif, le comportement et le discours de l'assuré ayant été adaptés durant la totalité de l'évaluation. Les voix décrites par l'intéressé semblaient au demeurant plus correspondre à la perception et à la description de sa pensée tandis que les rares épisodes rapportés comme l'impression d'entendre de la musique ne pouvaient en aucun cas être liés à un quelconque trouble psychotique chronique. Par ailleurs, si l'assuré présentait des éléments du registre post-traumatique comme des cauchemars à répétition concernant son enfance depuis le début de l'âge adulte, la symptomatologie actuelle ne permettait pas de retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique : le facteur de stress n'était pas constamment remémoré en dehors des cauchemars et aucun évitement ou tendance à l'évitement n'était retrouvé. Il n'y avait pas non plus de symptôme persistant traduisant une hypersensibilité psychique et une hypervigilance en dehors des troubles du sommeil. Sur le plan de l'humeur, l'intéressé ne présentait aucun des critères cardinaux de la dépression. Il n'y avait pas d'élément pour retenir un quelconque diagnostic en lien avec une dépendance, l'assuré ne présentant plus de consommation excessive d'alcool depuis 2013. Enfin rien n'indiquait la présence d'un quelconque trouble de la personnalité chez l'assuré qui avait pu travailler de façon régulière pendant de nombreuses années et maintenir une cellule familiale stable.

Sur le plan de la capacité de travail, les experts ont admis qu'au vu de la limitation de mobilité cervicale et de la gonarthrose, l'activité de serveur en restaurant pouvait être reprise avec une incapacité

de 30 % en raison des limitations fonctionnelles suivantes : ne pas effectuer de travaux répétés ou soutenus en extension ou en rotation du rachis cervical, ne pas porter de charges excédant 10 kg, monter et descendre les escaliers ou des échelles, travailler en position accroupie ou à genoux, horaires fixes en raison du diabète mal équilibré. En revanche, dans toute activité professionnelle respectant ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière et ce depuis le 1^{er} janvier 2018, soit un an après l'intervention chirurgicale rachidienne. De légères limitations pouvaient être retenues sur le plan neuropsychologique lors de tâches sollicitant les capacités de reconnaissance d'informations visuelles, occasionnant une légère diminution de la capacité de travail de l'ordre de 10 % dans des activités soumises à un stress important ou lors de tâches requérant un niveau d'exigences très élevé. L'assuré n'était pas limité pour des raisons psychiques dans la mise en pratique de ses compétences dans sa vie quotidienne, familiale et professionnelle quel que soit le poste de travail.

En tant qu'il se fonde sur l'entier des pièces du dossier et l'examen de l'assuré, liste ses plaintes, contient une anamnèse détaillée, évalue la cohérence et la plausibilité, contient une évaluation consensuelle et des conclusions claires et étayées, le rapport d'expertise du 26 mai 2021 remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

c) S'agissant ensuite de l'allégation du recourant selon laquelle l'expertise apparaît « très orientée assureur et pas objective », elle n'est pas non plus motivée. L'OAI a par ailleurs suivi la procédure idoine de désignation des experts. Il est en outre de jurisprudence constante que le fait qu'un expert, médecin indépendant, ou une institution d'expertise sont régulièrement mandatés par un organe de l'assurance sociale, le nombre d'expertises ou de rapports confiés à l'expert, ainsi que l'étendue des honoraires en résultant ne constituent pas à eux seuls des motifs suffisants pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3; TF 9C_343/2020 du

22 avril 2021 consid. 4.3 ; 9C_635/2018 du 5 décembre 2018 consid. 3 et 4). Infondé, le grief doit par conséquent être écarté.

d) Dans ces conditions, l'OAI pouvait se fonder sur les conclusions de l'expertise des médecins de la Clinique V._____ du 26 mai 2021, et pouvait ainsi retenir que le recourant présente une capacité de travail de 90 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2018.

8. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

d) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 29 août 2023, Me Duc a chiffré à 7 heures et 50 minutes le temps consacré au dossier du recourant. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Duc est arrêtée à 1'594 fr. 50, TVA par 114 fr. et débours par 70 fr. 50 compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 20 juillet 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 de S. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil d'office de S. _____, est arrêtée à 1'594 fr. 50 (mille cinq cent nonante-quatre francs et cinquante centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour S. _____),
- 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 :