

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 avril 2024

---

Composition : M. PARRONE, président  
M. Oppikofer et Mme Rondi, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. g LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 88a al. 1  
RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], originaire du Kosovo, de nationalité suisse, marié, père de deux enfants mineurs, sans formation professionnelle, a travaillé comme « indépendant dans le bâtiment » (jardinier et homme à tout faire) de 2006 à janvier 2018. Il a été au bénéfice du Revenu d'Insertion (RI) de février à décembre 2018, vivant depuis lors grâce au salaire de son épouse.

L'assuré a renoncé à son activité lucrative habituelle depuis le mois de février 2018 en raison de la survenue de troubles de la mémoire visuelle qui sont venus s'ajouter à un tableau de douleurs diffuses et de troubles digestifs (douleurs rachidiennes et abdominales au long cours) dans le cadre d'une iléocolite traitée par immunosuppresseurs.

Le 1<sup>er</sup> mai 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a enregistré une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes (mesures professionnelles/rente) signée le 29 avril 2019 par l'assuré, indiquant quant au genre de l'atteinte : « - sous traitement de maladie de Crohn - troubles psychiatriques - problème au dos - problème de mémoire/perte de mémoire ».

Dans un rapport du 8 octobre 2019, la Dre T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen (F32.1) depuis le mois de mars 2018. Elle attestait une incapacité de travail totale de l'assuré depuis le mois de novembre 2018 dans toute activité. Elle ajoutait qu'au vu de l'évolution favorable durant les derniers mois, une capacité de travail de l'assuré de 100 % était envisageable à court ou moyen terme. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigue et des déficits cognitifs (difficultés de concentration et troubles de la mémoire). Le traitement alliait la prise d'escitalopram 10 mg/j., de Zoldorm® et Xanax®. Dans une activité adaptée aux restrictions précitées, la capacité de travail était

estimée jusqu'à quatre - cinq heures par jour. L'assuré n'était pas limité dans les tâches ménagères.

Par rapport du 7 février 2020, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, suivant l'assuré depuis le 8 août 2016, a posé les diagnostics incapacitants de Crohn iléal suspecté, de rhumatisme para-articulaire en lien avec l'atteinte digestive, de dépression et de déconditionnement. Sur le plan digestif, ce médecin a fait part d'une rémission sans limitations fonctionnelles. A son avis, les facteurs qui faisaient obstacle à une réadaptation professionnelle étaient liés au psychisme et au déconditionnement physique de l'assuré.

Dans un rapport du 12 mars 2020, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, médecin traitant depuis 2016, a posé les diagnostics incapacitants de maladie de Crohn, de syndrome douloureux chronique, de trouble anxieux/état dépressif/migraine. Ce médecin évaluait la capacité de travail de l'assuré comme nulle depuis le 7 mai 2018 dans l'activité habituelle sans toutefois se prononcer sur le taux de capacité de travail de son patient dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient dues au syndrome douloureux avant tout.

Par rapport du 10 avril 2020, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu les diagnostics incapacitants de cervico-dorso-lombalgie chronique et de troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le mois de janvier 2018 et a évalué la capacité de travail à 2 - 3 heures par jour (environ 30 %) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui étaient une baisse de l'endurance musculaire des stabilisateurs rachidiens et une mobilisation rachidienne difficile. La conduite automobile était possible sur de courts trajets. Les douleurs multi-sites et la fragilité psychologique faisaient obstacle à une réadaptation professionnelle. Était notamment joint à ce rapport celui du 31 mai 2018 du Dr N.\_\_\_\_\_, médecin praticien, posant les diagnostics de lombopyralgies chroniques, avec un déconditionnement physique et des

troubles statiques, et de cervico-scapulalgies chroniques justifiant une prise en charge globale de l'assuré.

L'OAI, après avoir sollicité l'avis du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité ; avis médical du 3 juillet 2020), a poursuivi son instruction du cas auprès des divers médecins consultés.

Dans un rapport du 15 juillet 2020, le Dr E. \_\_\_\_\_ a précisé les limitations fonctionnelles de l'assuré en mentionnant un port de charges limité à 5 - 6 kilos, la contre-indication de la position en porte-à-faux, une épargne du dos et l'alternance des positions debout/assise. Ce médecin évaluait la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans une activité adaptée en indiquant qu'une reprise rapide d'activité lui paraissait souhaitable.

Par rapport du 20 juillet 2020, la Dre T. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait un épisode dépressif moyen (F32.1) avec une bonne amélioration sous traitement antidépresseur et anxiolytique. Ce médecin n'a pas attesté d'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.

Suivant le point de vue du SMR (avis médical du 15 octobre 2020), l'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire de l'assuré auprès de G. \_\_\_\_\_ SA, laquelle a été confiée aux Drs V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie. L'assuré a été examiné les 25 janvier et 9 février 2021 par les experts qui ont rendu leur rapport le 19 mars 2021. Ils ont posé les diagnostics suivants :

"1.1.d.3 Diagnostics d'éléments pertinents ayant une incidence sur la capacité de travail

1. F61.0 Troubles mixtes de la personnalité à traits alexythymiques et narcissiques
2. F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant
3. Syndrome lombo-vertébral chronique avec poussée inflammatoire au niveau des facettes postérieures D11-D12, L2-L3 et L3-L4, avec modification dégénérative de type Modic 1 sur le versant latéral gauche de l'espace L3-L4

1.1.d.4 Diagnostiques d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. Trouble thoracique avec accentuation de la cyphose dorsale
2. Cervicalges
3. Chondropathie rotulienne débutante ddc [des deux côtés]
4. Iléocolite superficielle dans le cadre d'une maladie de Crohn suspectée, traitée et en rémission comme telle selon rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ depuis décembre 2019
5. Surpoids avec IMC à 28.7 kg/m<sup>2</sup> associé à un déconditionnement physique
6. Rhinorrhée chronique
7. Hernie ombilicale
8. Emphysème pulmonaire
9. HTA [hypertension artérielle] limite"

Les experts ont estimé la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle comme nulle du mois de février 2018 à janvier 2020 pour motif psychiatrique, de 50 % jusqu'en juillet 2020, puis à nouveau nulle pour raison rhumatologique. Ils ont retenu une capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée nulle du mois de février 2018 à décembre 2019 pour motif psychiatrique, puis de 100 % avec une diminution de rendement de 30 %, soit 70 % en raison de la fatigue induite par le syndrome douloureux somatoforme persistant. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

"Du point de vue **psychiatrique**, rigidité caractérielle, troubles de l'estime de soi, troubles du schéma corporel, faible résistance psychique (avec douleurs somatoformes lorsque cette résistance est dépassée), troubles de la symbolisation avec difficultés à écrire et, de manière plus générale, à communiquer avec autrui.

Du point de vue **rhumatologique**, à titre préventif, pour éviter toute aggravation des troubles dégénératifs lombo-vertébraux, la personne assurée est capable d'effectuer un travail en alternant les positions assise et debout toutes les heures et en limitant le port de charges jusqu'à 15 kg. Elle doit éviter une activité qui demande une position agenouillée ou accroupie prolongée et toutes les activités qui demandent une posture forcée en porte à faux.

Du point de vue de la **médecine interne**, il n'y en a pas."

Les experts ont noté ce qui suit :

"Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée se plaint de douleurs qui évoluent depuis quasiment le début de l'âge adulte et pour lesquelles il existe un substrat organique qui est toutefois sans

rapport avec l'intensité des symptômes. Ces douleurs semblent avoir 2 fonctions : d'une part elle placent la personne assurée face à la difficulté de se représenter ce qui se passe dans son corps (troubles importants du schéma corporel) et lui permettent d'évoquer sa perplexité, qu'elle projette sur ses médecins (qui ne comprennent pas ce qui lui arrive). D'autre part elles protègent son narcissisme très fragile puisqu'elle peut décrire ce qu'elle ferait d'extraordinaire (elle se compare à un athlète) si elle n'était pas malade. Or la personne assurée, qui se présente en chef d'entreprise (serviette, montre de luxe, lunettes de marque, habits de bureau) semble, au vu de l'extrait de ses revenus, être tout juste parvenue à survivre économiquement depuis qu'elle est en Suisse et idéaliser passablement son passé. Sa blessure d'amour-propre est sévère, ce qu'elle fait sentir à l'expert par la description détaillée de l'impuissance de la médecine. Le corps-machine (« le travail c'est ma vie ») renvoie à une dépression essentielle classiquement décrite dans l'alexithymie (« la vie n'a rien à apporter si ce n'est de fonctionner »), l'activité étant une manière de ne pas succomber à la confusion. Il est difficile de comprendre ce qui a récemment mis en crise ce fonctionnement. Une hypothèse serait l'adolescence de ses enfants (qui se signale concrètement à la personne assurée par le fait que les allocations de l'aîné sont passées de 300 à 400 francs par mois) qui renarcissent leur père lorsqu'ils se révèlent des champions d'échecs et qu'ils réussissent bien à l'école. Dès lors leur père peut évoquer qu'ils sont champions « chacun dans leur catégorie » et sortir de l'indifférenciation chaotique dans laquelle il était plongé jusque-là où la seule différenciation possible était celle entre l'activité et la passivité.

La personne assurée présente ainsi un trouble identitaire sévère. Aujourd'hui, elle réinvestit une partie de la réalité à travers les médecins et le monde médical qui paraissent le principal référent existentiel (« depuis 2018 je consulte de nouveau les médecins »). Jusqu'ici sa pensée extrêmement concrète n'est pas parvenue à appréhender les dimensions non concrètes de la vie et, notamment, ce qui se passe dans son corps. Cette difficulté entretient un état anxieux secondaire important. Il est noté également une dysorthographe très sévère qui a été attribuée, par l'examen neuropsychologique de novembre 2019, au problème linguistique mais qui, aux yeux de l'expert, relève du véritable handicap (écrire c'est aussi avoir accès à une forme de symbolisation) et entretient le sentiment de honte. Par ailleurs, le seul recours, face à une vision de la vie dans laquelle il s'agit essentiellement de « fonctionner », serait justement de « ne pas fonctionner ». Par ses allégations de prosopagnosie (l'examen neuropsychologique demandé par le médecin généraliste et effectué en novembre 2019 est plutôt compatible avec des difficultés psychologiques), la personne assurée semble expliquer qu'elle peut vivre moins accrochée au perceptif visuel et, comme elle le dit elle-même, elle a un peu lâché prise, les difficultés en mémoire visuelle étant, contrairement à ce qu'elle dit, la conséquence et non la cause du lâcher-prise.

Le tableau douloureux satisfait aux conditions diagnostiques d'un trouble douloureux somatoforme persistant même si les douleurs ont un certain substrat organique qui est toutefois sans rapport avec l'ampleur de la symptomatologie qui leur est attribuée. Ces douleurs entretiennent un état de détresse important, sont résistantes au

traitement et sont aggravée[s] par la comorbidité du trouble mixte de la personnalité. Il paraît probable, aux yeux de l'expert, qu'avant 2018 la personne assurée travaillait déjà au-delà de ses capacités.

Sur le plan de la capacité de travail, bien que la personne assurée présente un trouble identitaire important, ce dernier semble ne pas l'avoir empêchée de gagner (un peu) sa vie jusqu'à aujourd'hui. Ce passé professionnel est évoqué toutefois comme très pénible, extrêmement douloureux et peu rentable (cette dernière assertion est corroborée par les relevés fiscaux au dossier). Dès lors il est considéré que la capacité de travail dans son activité habituelle est de 50 %. Elle a été évaluée à 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques (voir expertise rhumatologique), les limitations psychiques étant la fragilité narcissique qui pourrait faire obstacle, par exemple, à ce que la personne assurée accepte un emploi salarié où il ne serait pas « le patron » et qui la pousserait à se sentir diminuée si elle devait se placer dans un rapport de hiérarchie, ainsi que les douleurs dorsales qui participent d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et qui limitent sa résistance au travail, même lorsque ce dernier est aménagé. La personne assurée semble s'être assouplie sur le plan narcissique (il consulte des médecins alors qu'avant il ne le faisait pas) et une réadaptation lui laissant le temps de travailler ces aspects de la dépendance pourraient lui permettre de se réinsérer. Un accompagnement professionnel chez cette personne assurée fragile qui a jusqu'ici « fonctionné » a minima lui permettrait probablement de se réinsérer dans le monde du travail.

Du point de vue **rhumatologique**, il a été noté un syndrome lombovertébral chronique sur dysbalance musculaire avec atteinte inflammatoire au niveau des facettes postérieures de D11 à L3 avec une modification de type Modic 1 au niveau L3-L4, selon l'IRM dorsolombaire réalisée le 28.01.2021.

Il n'y a pas d'atteinte radiculaire constatée lors du présent examen. L'examen de ce jour confirme également l'existence de cervicalgies, une dorsolombopygalgie avec possible maladie de Maigne, de syndrome vertébral avec insuffisance du gainage et de déconditionnement physique.

L'existence de ce syndrome lombovertébral a un impact sur la capacité de travail dans une activité de jardinier, mais est tout à fait compatible avec l'exercice d'une activité adaptée.

Il est à noter que la personne assurée est sous Humira depuis plus de 2 ans et que ce traitement n'a pas été efficace pour prévenir les lésions inflammatoires constatées sur la dernière IRM de janvier 2021 (IRM d'août 2018 normale), ce qui met en doute sérieusement le diagnostic de spondyloarthropathie inflammatoire associée à la maladie de Crohn.

Du point de vue de la **médecine interne**, la personne assurée ne présente aucune atteinte à la santé incapacitante.

L'examen clinique de ce jour retrouve un déconditionnement physique dans un contexte de surpoids avec un IMC à 28.7 kg/m<sup>2</sup>.

Les diarrhées ne sont pas incapacitantes ; cela a été confirmé par l'anamnèse et la personne assurée n'a pas demandé à se rendre aux toilettes durant l'entretien.

L'examen cardio-vasculaire et pulmonaire retrouve une HTA dite limite, non décompensée, qu'il conviendrait d'investiguer afin de mettre en place un traitement adapté le cas échéant.

Le tabac est responsable du syndrome obstructif et donc d'un emphysème pulmonaire modéré sans décompensation respiratoire qu'il conviendrait d'investiguer par une spirométrie plus complète.

L'abdomen est souple et les fosses lombaires sont libres.

Un score d'Epworth inférieur à 06/24 écarte raisonnablement une suspicion de syndrome d'apnées du sommeil.

L'échelle ECOG montre un score à 0 qui indique que la personne assurée est capable d'effectuer les tâches pré-morbides.

Un bilan a été réalisé afin de compléter l'évaluation de ce jour.

La ferritinémie à 400 ug/l, une vitesse de sédimentation à 12/mm et une hyperleucocytose à 10.3 parlent en faveur d'un syndrome inflammatoire léger et une hyperleucocytose du fumeur."

Par rapport du 29 avril 2021, le Dr C. \_\_\_\_\_ du SMR s'est rallié à l'appréciation des experts.

Par projet de décision du 21 mars 2022, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2019 au 31 mars 2020, fondée sur un taux d'invalidité de 100 % à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 1<sup>er</sup> février 2019, et compte tenu du dépôt tardif de la demande de prestations ; dès le mois de janvier 2020, l'assuré disposait d'une capacité de travail à nouveau de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 %, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance des positions assise/debout, pas de port de charges de plus de quinze kilos, éviter les positions agenouillées ou accroupies prolongées, pas d'échelles ni d'échafaudages et pas de position en porte-à-faux, rigidité caractérielle, faible résistance psychique et difficultés relationnelles) qui, après comparaison des revenus exigibles, correspondait à un degré d'invalidité de 32.55 % et qui excluait le maintien du droit à la rente entière au-delà du 31 mars 2020, trois mois après l'amélioration constatée. De plus, aucune mesure professionnelle n'était susceptible de réduire le préjudice économique.

Le 7 avril 2022, le Dr E. \_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI, pour contester le projet de décision précité. Il a relevé que malgré sa bonne volonté et les traitements dont il avait bénéficié, l'évolution clinique et fonctionnelle de l'assuré n'était pas compatible avec une reprise de son

activité professionnelle habituelle ; des facteurs psychosociaux ainsi que des phénomènes de sensibilisation périphérique et centrale coexistaient et ils pouvaient vraisemblablement être responsables de ce mauvais pronostic. Selon ce médecin, il convenait de déterminer si l'état de santé psychiatrique de l'intéressé permettait l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues sur le plan musculosquelettique, à savoir pas de port de charges supérieures à cinq - six kilos de manière répétitive, une alternance des positions assise/debout et éviter la marche prolongée de plus de quinze à vingt minutes.

L'assuré lui-même a contesté le 15 avril 2022 le projet de décision en se référant au rapport précité du Dr E.\_\_\_\_\_.

Le Dr W.\_\_\_\_\_ a également adressé à l'OAI un rapport, le 19 avril 2022. Il y a indiqué comme le Dr E.\_\_\_\_\_ qu'il estimait que les problèmes chroniques « ostéoarticulaire/digestive/psychiatrique/syndrome douloureux chronique pour les principales » et leurs limitations fonctionnelles contre-indiquaient la reprise du travail. Le Dr W.\_\_\_\_\_ demandait à l'OAI de réexaminer le cas et d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité « adaptée et réaliste dans son contexte global ».

Aux termes d'un avis SMR du 4 mai 2022, le Dr C.\_\_\_\_\_ a retenu l'absence d'éléments nouveaux attestant un changement tangible de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise du G.\_\_\_\_\_.

Le 9 juin 2022, la Dre E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait savoir que l'assuré bénéficiait d'un suivi psychiatrique à la Policlinique Psychiatrique du CHUV de [...] depuis le mois de novembre 2018 (à une fréquence actuelle d'une à deux fois par mois) en lien avec un épisode dépressif moyen. Une augmentation du dosage d'Escitalopram®, de 10 à 20 mg, à la suite d'une aggravation de la symptomatologie anxio-dépressive, avait eu un impact positif sur l'état psychique de l'assuré chez lequel il subsistait des symptômes dépressifs résiduels. Selon cette médecin, la capacité de travail de l'intéressé était nulle, même dans une activité adaptée. En l'absence d'amélioration

depuis le début du traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, le pronostic pour la reprise d'une activité professionnelle était défavorable. La Dre E.\_\_\_\_\_ demandait à l'OAI de réexaminer le dossier et d'octroyer une rente entière d'invalidité à l'assuré.

Par décision du 22 juillet 2022, l'OAI a entériné le projet d'acceptation d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2019 au 31 mars 2020.

**B.** Par acte du 12 septembre 2022, A.\_\_\_\_\_ exerce un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 22 juillet 2022. Il s'estime inapte au travail. Dans le cadre de son recours, il produit le rapport du 7 avril 2022 du Dr E.\_\_\_\_\_, le rapport du 19 avril 2022 du Dr W.\_\_\_\_\_ et celui de la Dre E.\_\_\_\_\_ du 9 juin 2022 (éléments déjà au dossier), un rapport du 12 septembre 2022 du Dr W.\_\_\_\_\_ ainsi qu'un rapport du 6 octobre 2022 du Dr D.\_\_\_\_\_.

Avec sa réponse du 7 novembre 2022, l'OAI produit un avis médical SMR du 28 octobre 2022 du Dr C.\_\_\_\_\_ suggérant de réinterroger la psychiatre du CHUV et le gastro-entérologue Dr D.\_\_\_\_\_ afin qu'ils déterminent à quelle date est constatée l'aggravation anxiodépressive nécessitant une modification du dosage de l'antidépresseur, et à quelle date il est constaté une aggravation de la maladie de Crohn avec un échappement thérapeutique, ainsi que les limitations fonctionnelles digestives précises.

A l'appui de sa réplique du 6 février 2023, l'assuré produit un rapport du 6 janvier 2023 du Dr E.\_\_\_\_\_, un rapport du 11 janvier 2023 de la Dre T.\_\_\_\_\_ et un rapport de consultation du 13 janvier 2023 de la Dre P.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie.

Avec sa duplique du 22 février 2023 proposant le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée, l'OAI produit un avis médical SMR du 16 février 2023 du Dr C.\_\_\_\_\_ selon lequel il n'est

apporté aucun élément concernant la prise en charge gastro-entérologique, le dosage de la calprotectine ayant été effectué au mois de septembre 2022. Quant au suivi psychiatrique, il a été repris en novembre 2022 par un nouveau psychiatre. Le tableau décrit est similaire à celui présent depuis plusieurs années avec un trouble de la personnalité et un syndrome douloureux somatoforme qui ont été évalués par une expertise pluridisciplinaire. Il a été décrit des périodes de décompensation anxiodépressive d'évolution favorable sous antidépresseurs. Pour le SMR aucun élément médical ne remet en cause les conclusions médicales jusqu'à la décision attaquée du 22 juillet 2022.

Le 14 mars 2023, le recourant produit un rapport du 8 février 2023 du Dr D.\_\_\_\_\_.

Avec ses déterminations du 6 avril 2023 maintenant le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée, l'OAI produit un avis médical SMR du 22 mars 2023 du Dr C.\_\_\_\_\_ retenant que le Dr D.\_\_\_\_\_ confirme que la maladie de Crohn est chronique, légère et peu symptomatologique d'un point de vue gastro-entérologique, avec une capacité de travail de 100 %, les éléments ostéoarticulaires ayant déjà été pris en compte.

Le 13 juin 2023, le recourant produit un rapport du 8 juin 2023 du DrD.\_\_\_\_\_.

Avec ses déterminations du 29 juin 2023 proposant à nouveau le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée, l'OAI produit un avis médical SMR du 22 juin 2023 du Dr C.\_\_\_\_\_ auquel il se rallie. Il relève que d'éventuelles modifications de l'état de fait postérieures à la date de la décision litigieuse n'ont pas à être prises en compte dans le cadre du présent recours.

Le 1<sup>er</sup> août 2023, le recourant produit un rapport du 20 juillet 2023 du DrD.\_\_\_\_\_ et un rapport du 27 juin 2023 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie.

Avec ses ultimes déterminations du 25 septembre 2023 concluant à nouveau au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, l'OAI produit un avis SMR du 15 août 2023 du Dr C.\_\_\_\_\_, lequel maintient qu'il n'est pas apporté d'éléments médicaux susceptibles de modifier les conclusions médicales jusqu'à la date de la décision querellée.

**C.** Par décision du 7 octobre 2022, A.\_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 24 septembre 2022. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

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

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

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

**2.** Est litigieux le point de savoir si le recourant présente depuis le mois de janvier 2020, en raison d'une atteinte à sa santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le

droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente d'invalidité. Le recourant s'estime inapte au travail et demande l'annulation de la décision litigieuse et la reconnaissance du droit à des prestations. Il conteste la capacité de travail retenue depuis le mois de janvier 2020.

**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<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.

En l'espèce, la décision litigieuse rendue le 22 juillet 2022 fait suite à une demande de prestations déposée le 1<sup>er</sup> mai 2019, en raison d'atteintes à la santé incapacitantes depuis le mois de février 2018. Compte tenu de la date de dépôt de la demande tardive de prestations, le droit au versement de la rente existe dès le mois de novembre 2019. Il convient donc d'appliquer les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**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<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**d)** Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore

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

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

**5. a)** 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)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être

lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un

contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**6. a)** En l'occurrence, la décision attaquée repose essentiellement sur le rapport du 19 mars 2021 d'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie) qui a été réalisée par le G.\_\_\_\_\_ en janvier/février 2021. Il est retenu comme incapacitant des troubles mixtes de la personnalité à traits alexythymiques et narcissiques, un syndrome douloureux somatoforme persistant, un syndrome lombo-vertébral chronique avec poussées inflammatoires facettaires postérieures D11-D12, L2-L3 et L3-L4, avec modification dégénérative de type Modic 1 sur le versant latéral gauche de l'espace L3-L4. En tant que diagnostics non incapacitants, il est noté un trouble thoracique avec accentuation de la cyphose dorsale, des cervicalgies, une chondropathie rotulienne débutante des deux côtés, une iléocolite superficielle dans le cadre d'une maladie de Crohn suspectée, traitée et en rémission depuis décembre 2019, un surpoids avec IMC (indice de masse corporelle) à 28.7 kg/m<sup>2</sup>, une rhinorrhée chronique, une hernie ombilicale, un emphysème pulmonaire et une HTA (hypertension artérielle) limite. Les limitations fonctionnelles sont : alternance des positions assise/debout, pas de port de charges de plus de quinze kilos, éviter les positions agenouillées ou accroupies prolongées, pas d'échelles ni d'échafaudages et pas de position en porte-à-faux, rigidité caractérisée, trouble du schéma corporel, faible résistance psychique et difficultés relationnelles.

Il est conclu à une capacité de travail dans l'activité habituelle nulle de février 2018 à janvier 2020 pour raison psychiatrique puis de 50 % jusqu'en juillet 2020 où elle devient nulle pour raison rhumatologique et à une capacité de travail dans une activité adaptée de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 % pour raison psychiatrique, soit 70 %, depuis le mois de janvier 2020.

Sur la base de ce rapport d'expertise pluridisciplinaire, l'OAI retient qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, une capacité de travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 %, est raisonnablement exigible de la part de l'assuré dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise/debout, pas de port de charges de plus de quinze kilos, éviter les positions agenouillées ou accroupies prolongées, pas d'échelles ni d'échafaudages et pas de position en porte-à-faux, rigidité caractérielle, faible résistance psychique et difficultés relationnelles.

**b)** Le rapport d'expertise pluridisciplinaire de G. \_\_\_\_\_ du 19 mars 2021 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante (cf. consid. 5 b-c supra). Les experts ont en effet bien exposé les motifs les conduisant à retenir une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 %, depuis janvier 2020. Leur rapport est le fruit d'une analyse approfondie des différents rapports successifs, en ce qu'il comporte une anamnèse détaillée, une étude du dossier médical mis à la disposition des experts, et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations fouillées, il renferme une appréciation claire de la situation fondée sur des examens cliniques spécialisés et sur des examens complémentaires (cf. annexes 5 et 6 de l'expertise), aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions. Partant, l'OAI était légitimé à se fonder sur l'expertise, probante, de G. \_\_\_\_\_.

**aa)** Le rapport d'expertise de G. \_\_\_\_\_ du 19 mars 2021 comprend un volet de médecine interne, investigué par la Dre V. \_\_\_\_\_.

Celle-ci n'a pas retenu de diagnostic incapacitant, mais uniquement les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'iléocolite superficielle dans le cadre d'une maladie de Crohn suspectée, traitée et en rémission depuis décembre 2019, un surpoids avec IMC à

28.7 kg/m<sup>2</sup>, une rhinorrhée chronique, une hernie ombilicale, un emphysème pulmonaire et une HTA limite.

Elle a en outre fait part de son évaluation en ces termes :

## **“II. 7 Évaluation médicale et médico-assurantielle**

### **II.7.a Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de la personne assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

Il s'agit d'une personne assurée, âgée de 50 ans, d'origine kosovare, mariée, parent de 2 enfants, sans formation diplômante, dont la dernière activité était en tant qu'indépendant dans le bâtiment à 100% de 2006-2018.

La demande AI a été effectuée en date du 29.04.2019 avec atteintes à la santé : maladie de Crohn. Troubles psychiatriques. Problèmes de dos. Problèmes de mémoire.

Du point de vue de la médecine interne, la pathologie digestive est en rémission.

#### II.7.a.1 Avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social

La personne assurée est soutenue par son épouse.

#### II.7.a.2 Analyse détaillée de la personnalité de la personne assurée et des ressources personnelles dont elle dispose

Réponse pertinente uniquement dans le cadre d'une expertise psychiatrique.

### **II.7.b Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, discussion des chances de guérison**

#### II.7.b.1 Adhésion aux traitements thérapeutiques

Du point de vue de la médecine interne, oui.

#### II.7.b.2 Coopération aux mesures de réadaptation

Il n'y a pas eu de mesures de réadaptation.

#### II.7.b.3 Options thérapeutiques envisageables, indépendamment de la motivation de la personne assurée

Un sevrage du tabac, une perte de poids ainsi que, le cas échéant, le traitement d'une HTA sont recommandés.

Le tabac est responsable du syndrome obstructif et donc d'un emphysème pulmonaire modéré sans décompensation respiratoire qu'il conviendrait d'investiguer par une spirométrie plus complète.

## **II.7.c Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

### II.7.c.1 Comparaison des niveaux et limitations des activités dans tous les domaines

Pas de limitations concernant sa vie quotidienne et aussi professionnelle, du point de vue de la médecine interne.

### II.7.c.2 Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique

La personne assurée s'est montrée algique et a demandé 1 Dafalgan.

### II.7.c.3 Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation

Néant.

### II.7.c.4 Discussion et appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que des appréciations spécialisées antérieures disponibles

Dans son rapport du 07.02.2020 avec la date du dernier contrôle du 19.12.2019, le Dr D. \_\_\_\_\_ évoque la capacité de travail à 0% tout en précisant qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle et que la pathologie digestive est en rémission.

Il s'agit donc d'une simple erreur d'interprétation de terme de la capacité de travail.

## **II.7.d Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

### II.7.d.1 Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Pas de limitations fonctionnelles.

### II.7.d.2 Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles

Le profil n'évoluera pas."

**bb)** Le rapport d'expertise de G. \_\_\_\_\_ du 19 mars 2021 comprend ensuite un volet de psychiatrie, investigué par la Dre H. \_\_\_\_\_.

Celle-ci a retenu les diagnostics incapacitants de troubles mixtes de la personnalité à traits alexythymiques et narcissiques (F61.0) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).

Elle a en outre fait part de son évaluation en ces termes :

### **“III.7 Évaluation médicale et médico-assurantielle**

#### **III.7.a Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de la personne assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

La personne assurée, âgée de 50 ans, de nationalité suisse, mariée et père de 2 enfants mineurs, sans formation professionnelle formelle, a travaillé comme indépendant de 2006 à janvier 2018. Elle a renoncé à son activité depuis lors en raison de la survenue de troubles de la mémoire visuelle. Elle souffre de troubles digestifs et locomoteurs dans le cadre d'une iléocolite traitée par immunosuppresseurs.

##### III.7.a.1 Avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social

La personne assurée se décrit isolée socialement mais soutenue par sa famille nucléaire et les médecins qui s'occupent d'elle.

##### III.7.a.2 Analyse détaillée de la personnalité de la personne assurée et des ressources personnelles dont elle dispose

Son comportement face à la maladie : la personne assurée est perplexe face à sa maladie qui le renvoie à un schéma corporel très perturbé.

Son sens des réalités et sa capacité de jugement : ne sont pas limités en ce qui concerne la réalité concrète. Sa capacité à appréhender la réalité non-concrète, corporelle et affective, est en revanche perturbée : la personne assurée est tributaire des perceptions sensorielles pour définir ce qui est réel et ce qui ne l'est pas et ne peut pas s'appuyer sur des représentations psychiques qui ne sont, chez elle, pas fonctionnelles.

Sa capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts sont diminuées en raison de ses troubles narcissiques et donc du fait que son amour-propre est facilement blessé dans le contact avec autrui.

Sa gestion de l'affect et sa faculté à contrôler ses impulsions sont en partie conservées bien que la personne assurée ne ressente que peu de plaisir et considère qu'il s'agit avant tout de « fonctionner » (ou pas) et mesure la valeur des choses à l'aune de la performance.

Son estime de soi et sa capacité de régression sont extrêmement faibles, voire inexistantes (lorsqu'il a des troubles digestifs il se vit réduit à ses fèces).

Son intentionnalité et son dynamisme sont conservés mais sont constitutionnellement faibles.

Son système de défenses : est peu efficace et vise à endiguer les fortes angoisses par l'activité ou la passivité complète.

**III.7.b Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, discussion des chances de guérison**

III.7.b.1 Adhésion aux traitements thérapeutiques

La personne assurée suit strictement les prescriptions de ses médecins (toutefois sans vraiment comprendre à quoi elles servent).

III.7.b.2 Coopération aux mesures de réadaptation

Des mesures de réadaptation n'ont pas pu être mises en place en août 2019, la personne assurée n'étant pas stabilisée à l'époque, les difficultés à se déplacer dérivant également du trouble douloureux somatoforme persistant.

III.7.b.3 Options thérapeutiques envisageables, indépendamment de la motivation de la personne assurée

Poursuite des entretiens psychiatriques en suivant les symptômes, de manière hypostimulante, sans rechercher de régression et en respectant les défenses de la personne assurée (interventions de relance, pas d'interprétations).

**III.7.c Évaluation de la cohérence et de la plausibilité**

III.7.c.1 Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines

La personne assurée est limitée dans tous les domaines. Elle peut gérer son ménage car elle y effectue les tâches à son rythme, sans pression de donner un rendement à un employeur.

III.7.c.2 Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique

Il n'y en a pas.

III.7.c.3 Identification d'éléments d'autolimitation, d'exagération ou simulation

Sans objet.

III.7.c.4 Discussion et appréciations des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que des appréciations spécialisées antérieures disponibles

Cf. « Évaluation et classification des troubles par rapport aux évaluations antérieures ».

**III.7.d Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

III.7.d.1 Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Selon mini-ICF :

- Adaptation aux règles et routines : pas de problème.
- Planification et structuration des tâches : pas de problème.
- Flexibilité et capacité d'adaptation : problème moyen, le trouble de la personnalité sous-jacent se révélant par une rigidité de plus en plus marquée pour protéger un moi vécu comme très fragile.
- Usage des compétences spécifiques : pas de problème.
- Capacité de jugement et prise de position : pas de problème.
- Capacité d'endurance : problème sévère, la personne assurée tendant à dépasser ses limites quitte à voir sa symptomatologie algique s'aggraver.
- Aptitude à s'affirmer : problèmes sévères, la personne assurée s'affirmant par des conduites de prestance peu fonctionnelles et qui finissent par s'effondrer.
- Aptitude à établir des relations avec les autres : problème sévère, la personne assurée est désocialisée, les seuls liens étant ceux qu'elle entretient avec sa femme et ses enfants.
- Aptitude à évoluer au sein d'un groupe : problèmes sévères, la personne assurée est désocialisée.
- Aptitude à entretenir des relations proches : pas de problème sur le plan anamnestique mais cette dimension de la vie de la personne assurée est difficile à évaluer sans anamnèse tierce.
- Aptitude à des activités spontanées : pas de problème.
- Hygiène et soins corporels : pas de problème.
- Aptitude à se déplacer : pas de problème.

Globalement, les problèmes sont moyens, ils touchent le rapport de la personne assurée avec autrui et la manière dont elle appréhende la réalité physique et relationnelle qui l'entoure.

La personne assurée peut effectuer une activité diurne, encadrée, légère, pas forcément facile mais n'impliquant pas de devoir écrire, peu relationnelle.

#### III.7.d.2 Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles

Pas de changement."

Il convient de s'assurer que l'experte psychiatre H. \_\_\_\_\_ a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail du recourant à la lumière des indicateurs déterminants selon la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 141 V 281 et ATF 143 V 418).

Tout d'abord, l'experte a posé les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité à traits alexythymiques et narcissiques (F61.0) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) en référence à

la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Elle n'a toutefois pas rappelé les critères de cette classification et n'a pas confronté ses propres constatations cliniques avec ceux-ci. L'experte psychiatre n'expose en outre pas de manière convaincante les motifs qui la conduisent à s'écarter du diagnostic d'épisode dépressif retenu par la psychiatre traitante.

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

Concernant le degré de gravité fonctionnel des troubles, l'experte psychiatre a constaté la présence de manifestations concrètes des atteintes à la santé sur les activités de l'assuré dans tous les domaines de la vie, lequel pouvait néanmoins gérer son ménage car il y effectuait des tâches à son rythme et sans pression de rendement envers un employeur. Elle retient un tableau clinique qui correspond aux critères diagnostics d'un trouble somatoforme persistant même si les douleurs du recourant ont un certain substrat organique mais toutefois sans rapport avec l'ampleur de la symptomatologie. Indiquant que déjà avant 2018 l'intéressé travaillait au-delà de ses capacités, l'experte psychiatre retient que ses douleurs entretiennent un état de stress important, sont résistantes aux traitements et aggravées par la comorbidité du trouble mixte de la personnalité. Elle note en effet que l'assuré présente un trouble identitaire important, qui ne l'a pas empêché de travailler par le passé, ce passé professionnel étant toutefois évoqué comme très pénible, extrêmement douloureux et peu rentable. Si la capacité de travail est de 50 % dans son activité habituelle, elle est par contre évaluée à 70 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui sont la fragilité narcissique, susceptible de faire obstacle par exemple, à ce que l'assuré accepte un emploi salarié dans lequel il ne serait pas « le patron » et qui le pousserait à se sentir diminué s'il devait se placer dans un rapport de

hiérarchie ainsi que les douleurs dorsales qui participent d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et limitent sa résistance au travail, même lorsque ce dernier est aménagé. L'experte psychiatre précise qu'au vu d'un assouplissement sur le plan narcissique (l'assuré consulte désormais les médecins) un accompagnement professionnel permettrait probablement à l'intéressé de se réinsérer dans le monde du travail. La Dre H.\_\_\_\_\_ est d'avis que les troubles du recourant sont moyens et lui permettent en partie de travailler mais réduisent son rendement (son endurance et ses capacités d'adaptation sont diminuées, et ses relations avec autrui sont fragilisées). Ainsi, ce dernier est en mesure d'effectuer une activité diurne, encadrée, légère, pas forcément facile, mais n'impliquant pas de devoir écrire (en raison d'une dysorthographe très sévère qui relève du véritable handicap à dire d'experte), et peu relationnelle. Pour son évaluation, l'experte tient compte de la rentabilité des activités professionnelles passées en indiquant qu'elles étaient « peu rentables » ; ce faisant, elle retient un facteur extra-médical qui ne devrait pas l'être dans un contexte expertal.

S'agissant du traitement ou de la résistance au traitement, le recourant est suivi depuis plusieurs années et est décrit comme très compliant au traitement ainsi qu'aux entretiens. Au vu de la symptomatologie dépressive à dimension anxieuse très importante et des troubles du sommeil, les traitements anxiolytique et hypnotique introduits ont eu un très bon effet, le recourant exprimant une amélioration claire de son humeur et une diminution de l'irritabilité avec les troubles du sommeil presque totalement amendés. Dans ces circonstances, l'examen de ce critère s'avère significatif dès lors que le traitement peut être une source de succès en termes de ressources.

Pour l'examen des ressources personnelles à disposition du recourant, la lecture de son parcours professionnel, dans le cas d'un assuré dont la capacité relationnelle et l'aptitude à nouer des contacts sont diminuées en raison de ses troubles narcissiques, laisse supposer des ressources réduites. Il dispose cependant d'une certaine capacité d'investissement qui, avec ses compétences spécifiques, lui ont permis de

mener son entreprise jusqu'en 2018. Il puise ses ressources extérieures essentiellement auprès du corps médical mais peut également compter sur le soutien de sa famille nucléaire. Les ressources personnelles du recourant ne paraissent ainsi pas totalement diminuées. La mini CIF-APP est cependant mal tenue : l'experte aurait dû coter chaque item (entre 0 et 4), ce qu'elle n'a pas fait. En outre, ses constats sont parfois contradictoires avec ses propres conclusions ; elle est en particulier d'avis que l'assuré a des problèmes relationnels et qu'il aurait du mal à être l'employé de quelqu'un et à obéir aux ordres d'autrui ou d'une structure supérieure pour des raisons narcissiques ; or le premier item de la mini CIF-APP, à savoir « adaptation à des règles et routines », est coté comme étant « non problématique ».

Pour ce qui concerne le contexte social, l'experte a retenu qu'à côté du corps médical et de ses proches, l'assuré est désocialisé.

S'agissant de la cohérence, l'experte psychiatre n'a pas noté d'incohérence entre l'examen clinique, l'anamnèse et le dossier médical mis à sa disposition.

Pour être complet, on relèvera qu'en commentant la dysorthographe de l'assuré telle que la neuropsychologue l'a qualifiée dans son test neuropsychologique des 21 et 26 novembre 2019, l'experte excède sa zone de compétence.

A l'aune de l'analyse de ces critères on constate en particulier que celui des diagnostics retenus ne s'avère pas être convainquant. Il reste cependant que la capacité de travail résiduelle du recourant a été évaluée par l'experte psychiatre de manière probante (cf. consid. 4e supra).

**cc)** L'aspect rhumatologique a quant à lui été évalué par le Dr Q.\_\_\_\_\_, lequel a posé le diagnostic incapacitant de syndrome lombovertébral chronique avec poussées inflammatoires facettaires postérieures D11-D12, L2-L3 et L3-L4, avec modification dégénérative de type Modic 1

sur le versant latéral gauche de l'espace L3-L4. Sans incidence sur la capacité de travail, il a retenu une suspicion non confirmée de maladie de Crohn, en rémission, un trouble thoracique avec accentuation de la cyphose dorsale, des cervicalgies, une chondropathie rotulienne débutante des deux côtés et une surcharge pondérale avec IMC de 28.7 kg/m<sup>2</sup>.

Cet expert a procédé, comme ses confrères, à un examen complet du recourant au terme duquel il a fait part de son évaluation en ces termes :

#### **“IV.7 Évaluation médicale et médico-assurantielle**

##### **IV.7.a Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de la personne assurée, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

Il s'agit d'une personne assurée de 50 ans, qui a travaillé dans son activité comme indépendant jardinier. Depuis de nombreuses années, cette personne assurée se plaint de douleurs rachidiennes et de douleurs abdominales. Les différentes investigations ont permis de suspecter l'existence d'une maladie de Crohn, raison pour laquelle la personne assurée est traitée par Humira.

Sur le plan ostéoarticulaire, la personne assurée s'est plainte surtout de douleurs axiales intéressant la colonne dorsale et la colonne lombaire jusqu'au niveau de la région fessière.

Une 1<sup>ère</sup> IRM réalisée en 2018 n'a pas mis en évidence des troubles inflammatoires en relation avec une spondylarthropathie, ni de troubles dégénératifs. Cependant, 3 ans plus tard, une nouvelle IRM montre une poussée inflammatoire au niveau des facettes postérieures entre D11 et L3 et une modification de type Modic 1 du versant latéral gauche de l'espace L3-L4, témoin d'une atteinte dégénérative du rachis. La personne assurée rapporte des douleurs qu'elle estime sévères. Les médecins rééducateurs qui ont pris en charge la personne assurée évoquent le diagnostic de lombopygalgies chroniques, de déconditionnement physique, de cervicocapalgies chroniques et de troubles statiques.

L'examen rhumatologique de ce jour ne met en évidence aucune symptomatologie incapacitante dans une activité adaptée au sens médico-théorique.

Il convient de retenir un tableau de cervico-dorso-lombalgies chroniques avec dysbalance musculaire, déconditionnement physique sans radiculalgie irritative et pas de symptomatologie incapacitante.

##### **IV.7.a.1 Avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social**

La personne assurée a des difficultés à en parler. Elle rapporte ne rien faire à la maison et que tout est assuré par l'encadrement familial.

IV.7.a.2 Analyse détaillée de la personnalité de la personne assurée et des ressources personnelles dont elle dispose

Réponse pertinente uniquement dans le cadre d'une expertise psychiatrique.

**IV.7.b Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, discussion des chances de guérison**

IV.7.b.1 Adhésion aux traitements thérapeutiques

La personne assurée a adhéré au traitement rhumatologique, en particulier, les infiltrations. Elle effectue régulièrement de la physiothérapie et prend régulièrement ses médicaments, en particulier de l'Humira pour une suspicion non confirmée de maladie de Crohn.

IV.7.b.2 Coopération aux mesures de réadaptation

Il n'y a pas eu de mesures de réadaptation organisées par l'AI.

IV.7.b.3 Options thérapeutiques envisageables, indépendamment de la motivation de la personne assurée

Il n'y a pas de traitement thérapeutique proprement dit, si ce n'est la poursuite du traitement de physiothérapie, l'apprentissage et l'application de gestes d'épargne du rachis par des exercices à effectuer à domicile, essentiellement du stretching et du renforcement musculaire de type gainage.

De même, une diminution du poids peut être bénéfique.

Si la personne assurée s'astreint à ces mesures, une nette amélioration des douleurs est attendue.

**IV.7.c Évaluation de la cohérence de la plausibilité**

IV.7.c.1 Comparaison des niveaux de limitations des activités dans tous les domaines

La personne assurée est limitée selon le profil d'effort.

IV.7.c.2 Appréciation critique des divergences entre les symptômes décrits, le comportement de la personne assurée en situation d'examen et l'examen clinique

Il existe manifestement des divergences entre l'importance des symptômes décrits par la personne et son comportement en situation d'examen clinique.

Il est retrouvé effectivement un syndrome lombo-vertébral avec quelques troubles dégénératifs inflammatoires sur la dernière IRM, une dysbalance musculaire et un important raccourcissement des chaînes postérieures.

Il n'y a aucune radiculalgie ou signe de gravité incapacitant au sens médico-théorique limitant une reprise de travail dans une activité adaptée.

Durant l'entretien, la personne assurée s'est levée à 2 reprises pour changer de position. Au repos, elle semble ne souffrir d'aucune douleur mais l'entretien est difficile, avec des réponses monosyllabiques comme si elle ne se sentait pas concernée par cette expertise. Une fois debout, chaque mouvement entraîne un soupir alors que la mobilité spontanée est parfaitement conservée, en particulier lors du déshabillage et de l'habillage.

#### IV.7.c.3 Identification d'éléments d'automutilation, d'exagération ou simulation

Il existe quelques éléments d'autolimitation. Par exemple, la personne assurée est capable de se déshabiller sans aucune limitation articulaire, tout en parlant, alors que l'examen clinique proprement dit met en évidence une certaine kinésiophobie.

#### IV.7.c.4 Discussion et appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que des appréciations spécialisées antérieures disponibles

Le Dr E. \_\_\_\_\_ a probablement pris en considération des motifs autres que rhumatologiques pour juger une incapacité de travail à 100% le 04.03.2020 et à 50% dans son rapport du 15.07.2020. Selon l'examen de ce jour, la capacité de travail dans une activité adaptée a toujours été de 100%.

### **IV.7.d Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés**

#### IV.7.d.1 Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Sur le plan rhumatologique, à titre préventif, pour éviter toute aggravation des troubles dégénératifs lombo-vertébraux, la personne assurée est capable d'effectuer un travail en alternant les positions assise et debout toutes les heures et en limitant le port de charges jusqu'à 15 kg. Elle doit éviter une activité qui demande une position agenouillée ou accroupie prolongée et toutes les activités qui demandent une sécurité augmentée sur des échafaudages, des échelles et des activités qui demandent une posture forcée en porte à faux.

#### IV.7.d.2 Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles

Il ne changera pas."

**c)** Aucun rapport médical au dossier ne vient jeter le doute sur les conclusions des experts, en tous les cas pas pour ce qui concerne la période concernée, à savoir celle jusqu'à la décision litigieuse du 22 juillet 2022.

Il n'y a aucune raison de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 19 mars 2021 du G.\_\_\_\_\_.

**7. a)** A la suite de la décision attaquée du 22 juillet 2022, divers rapports médicaux ont été produits par le recourant (rapports des 19 avril et 12 septembre 2022 du Dr W.\_\_\_\_\_ ; rapport du 9 juin 2022 de la Dre E.\_\_\_\_\_ ; rapports des 6 octobre 2022, 8 février, 8 juin et 20 juillet 2023 du Dr D.\_\_\_\_\_ ; rapports des 7 avril 2022 et 6 janvier 2023 du Dr E.\_\_\_\_\_ ; rapport du 11 janvier 2023 de la Dre T.\_\_\_\_\_ ; rapport du 13 janvier 2023 de la Dre P.\_\_\_\_\_ ; rapport du 27 juin 2023 du Dr F.\_\_\_\_\_). A chaque fois, le SMR s'est déterminé.

Une question demeurait ouverte, à savoir si une aggravation de l'état de santé était intervenue dans le cadre temporel délimité par la décision du 22 juillet 2022. Dans la réponse au recours du 7 novembre 2022, l'OAI avait proposé, sur la base du rapport SMR du 28 octobre 2022, d'interroger les médecins traitants sur le plan psychiatrique et gastroentérologique, en lien avec une possible décompensation sur le plan digestif, les examens pratiqués en septembre 2022 laissant penser à la persistance d'une inflammation de l'intestin dont on ignorait la chronologie et alors qu'il n'était pas impossible que la situation médicale se soit aggravée à une date antérieure à juillet 2022.

Le recourant a transmis alors plusieurs rapports médicaux et en particulier un rapport du gastro-entérologue Dr D.\_\_\_\_\_ du 8 février 2023 qui n'amènent toutefois pas d'éléments permettant de remettre en question la capacité de travail à retenir. Il ressort en effet de ce rapport médical que l'affection gastroentérologique est peu symptomatique et que la capacité de travail reste entière sur ce plan. Pour le reste, les manifestations articulaires de la maladie intestinale inflammatoire ont déjà été prises en compte dans le rapport d'expertise pluridisciplinaire du G.\_\_\_\_\_. Les documents complémentaires transmis par le recourant ne confirment pas la possible aggravation de la situation médicale envisagée, au regard des rapports joints à l'acte de recours du 12 septembre 2022.

A la suite de l'aggravation de la symptomatologie anxiodépressive nécessitant une augmentation de l'antidépresseur escitalopram de 10mg à 20 mg notamment en lien avec une poussée de la maladie de Crohn annoncée le 9 juin 2022 par la Dre E.\_\_\_\_\_, l'OAI a recueilli des renseignements complémentaires. Or selon le rapport du 11 janvier 2023 de la Dre T.\_\_\_\_\_ qui a repris le suivi psychiatrique au mois de novembre 2022, le tableau clinique (une souffrance en lien avec les douleurs chroniques impactant la qualité de vie et cause d'une recrudescence de la symptomatologie anxieuse et dépressive) est similaire à celui existant depuis plusieurs années avec un trouble de la personnalité et un syndrome douloureux somatoforme dont les répercussions sur la capacité de travail ont été évaluées lors de l'expertise pluridisciplinaire, si bien qu'il n'est apporté aucun élément médical nouveau susceptible de remettre en cause le bien-fondé de l'évaluation pluridisciplinaire de l'état de santé effectuée par les experts du G.\_\_\_\_\_ jusqu'à la décision du 22 juillet 2022.

Pour le reste, les rapports des 19 avril et 12 septembre 2022 du Dr W.\_\_\_\_\_ ne comportent aucun élément dont les experts du G.\_\_\_\_\_ n'avaient pas déjà connaissance lors de leurs examens en janvier-février 2021. Le médecin traitant se limite à indiquer que son patient cumule des ennuis de santé physique et psychiatrique sans une amélioration malgré la bonne compliance aux traitements. Le Dr W.\_\_\_\_\_ ne se prononce en particulier pas sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles mises en évidence par les experts. Il émet uniquement l'avis selon lequel les limitations fonctionnelles rendent la reprise du travail « très difficile à imaginer ». De manière plus générale, il convient de rappeler qu'il est admis, de jurisprudence constante, que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison du mandat thérapeutique et de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5). Le point de vue du médecin traitant du recourant n'est donc pas pertinent en l'espèce.

Les 7 avril 2022 et 6 janvier 2023 le Dr E.\_\_\_\_\_ rapporte des diagnostics et des limitations fonctionnelles qui sont déjà tous connus et pris en compte par les experts du G.\_\_\_\_\_. Ce médecin évalue pour sa part la baisse de rendement de l'assuré à 50 % au minimum. Cet avis paraît tout au plus procéder d'une appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical lors de l'expertise pluridisciplinaire, mais sans avoir pris en considération la nécessité d'une approche globale et circonstanciée du cas, ce que les experts ont quant à eux fait en retenant une capacité de travail dans une activité adaptée de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 % pour raison psychiatrique, soit 70 % depuis le mois de janvier 2020.

Le rapport du 13 janvier 2023 de la Dre P.\_\_\_\_\_ fait part depuis le mois de février 2019 d'un suivi en consultation d'antalgie en raison de douleurs articulaires et musculaires principalement centrées sur la partie basithoraciques droites avec des irradiations vers le dos et le flanc droit dans un contexte de déconditionnement physique global chez l'assuré atteint d'une maladie de Crohn dont les plaintes douloureuses sont accentuées par la maladie elle-même ou par le terrain anxiodépressif pour lequel il est suivi et traité. La totalité de ces éléments médicaux ont été dûment pris en compte par les experts du G.\_\_\_\_\_, lesquels ont apprécié le cas, respectivement la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues, d'une seule voix à l'aune de leur discussion consensuelle des conclusions et examens effectués dans chacune des trois disciplines médicales qu'ils ont investiguées en détail.

Enfin, lors de sa consultation du 27 juin 2023 le Dr F.\_\_\_\_\_ rapporte une probable spondylarthrite axiale et périphérique chez le recourant atteint de rachialgies et polyarthralgies chroniques et souffrant d'une maladie de Crohn sous Stelara® actuellement. Il est décrit un examen clinique sans signe de synovite dans les articulations périphériques, avec la pression des enthèses notamment au niveau des talons et la compression du sacrum douloureuses. La distance doigt-sol est de 17 centimètres, le Schöber de 10/14 centimètres, la distance menton

sternum en flexion-extension de 1/18 centimètres, et la flèche occipitale de 0 centimètre. Il n'y a pas de lésion cutanée ni de dystrophie unguéale suspecte pour un psoriasis. Un CT-scan thoraco-abdominal ne montre pas de lésion suspecte alors que l'exploration squelettique et des sacro-iliaques est sans particularité. Le Dr F.\_\_\_\_\_ est d'avis qu'il convient d'attendre l'effet du traitement de fond biologique de Stelara® sur les douleurs pouvant prendre jusqu'à six mois. Il suggère d'effectuer une recherche de HLA B27 si un tel examen n'a pas déjà été réalisé. Un nouveau rendez-vous est prévu dans un délai de trois mois afin d'évaluer l'effet du traitement et discuter des suites thérapeutiques en fonction du bilan biologique, le HLA B27 et l'évolution clinique. Ce rapport n'apporte aucun élément médical objectif nouveau concernant la situation médicale qui avait cours jusqu'à la décision attaquée du 22 juillet 2022.

**b)** A la lecture des rapports médicaux précités, il n'est pas apporté de faits médicaux modifiant les limitations fonctionnelles retenues par les experts avec l'absence de port de charges lourdes, alternance des positions assise/debout, éviter les positions agenouillées ou accroupies prolongées, pas d'échelles ni d'échafaudages, pas de position en porte-à-faux, une rigidité caractérielle, un trouble du schéma corporel, une faible résistance psychique et des difficultés relationnelles. Les rapports SMR successifs signés par le Dr C.\_\_\_\_\_ sont convaincants étant rappelé que des avis du SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI (cf. arrêt 9C\_858/2014 du 3 septembre 2015 consid. 3.3.2), et que de tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 8C\_616/2020 du 15 juin 2021 consid. 6.2.4 ; 8C\_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4).

**c)** Etant rappelé que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devant faire l'objet d'une

nouvelle décision administrative (ATF 148 V 174 consid. 4.1; 144 V 210 consid. 4.3.1 ; TF 9C\_766/2023 du 13 février 2024 consid. 2), les rapports médicaux qui ont été versés et produits à la suite de la décision querellée du 22 juillet 2022 ne sont pas suffisamment motivés pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions univoques des experts du G.\_\_\_\_\_. Ces rapports médicaux n'apportent aucun élément susceptible de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'OAI, en particulier quant à la capacité de travail résiduelle du recourant, la plupart ne se prononçant pas à ce sujet et l'analyse du SMR sur chacun des rapports étant convaincante pour le surplus.

**8.** S'agissant du calcul du taux d'invalidité excluant le maintien du droit à la rente entière au-delà du 31 mars 2020 et en particulier des éléments économiques retenus par l'intimé dans sa décision, le recourant n'a soulevé aucun grief à cet égard, si bien qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des chiffres pris en compte par l'OAI.

Aussi, de la comparaison entre un revenu sans invalidité de 71'531 fr. 91 et un revenu d'invalidité de 48'246 fr. 51, il résulte un préjudice économique de 23'285 fr. 40 qui correspond à un taux d'invalidité de 32.55 %, arrondi à 33 % (ATF 130 V 121). Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne plus droit au maintien de la rente entière au-delà du 31 mars 2020, soit trois mois après l'amélioration constatée (cf. art. 88a al. 1 RAI), comme l'a retenu à juste titre l'OAI dans sa décision.

**9. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge du recourant, vu le sort de ses conclusions.

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

**d)** Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il devra en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). 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 [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

**I.** Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 22 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. 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 mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- A. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :