

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 novembre 2023

Composition : M. PIGUET, président
Mme Brélaz Braillard, juge, et Mme Rondi, assesseure
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

A. _____, 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. 8, 17 et 61 let. c et d LPGA ; art. 28 et 29 LAI.

E n f a i t :

A. a) A._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé auprès de [...] (aujourd'hui : [...]; ci-après : l'employeur), notamment en qualité de machiniste, avant d'être en incapacité totale de travailler dès le 10 juillet 2012.

b) Le 3 décembre 2012, A._____ a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, motivée par des douleurs et des fourmillements au niveau de la jambe gauche, lesquelles avaient persisté après une varicectomie.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) s'est notamment enquis de l'état de santé de l'intéressé auprès de son médecin traitant, la Dre Z._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a retenu à titre de diagnostics des douleurs et fourmillements d'origine inconnue au niveau du membre inférieur gauche, une insuffisance veineuse de ce même membre, un status après cure de varices, ainsi que des lombalgies post-traumatiques (rapport du 10 janvier 2013).

Dans un rapport d'expertise neurologique du 30 avril 2013, le Dr N._____, spécialiste en neurologie, a retenu les diagnostics de symptomatologie algoparesthésiante du membre inférieur gauche d'origine indéterminée et de neuropathie du nerf sural gauche après intervention chirurgicale pour varices, sans caractère invalidant. Le Prof. B._____, spécialiste en neurologie, et le Dr G._____, médecin assistant, retenaient quant à eux le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou CRPS) associé à une probable neuropathie surale gauche, dont l'origine peropératoire ne pouvait être exclue (rapports des 5 et 6 mai 2014).

c) Le 28 août 2013, A._____ a été victime d'un écrasement accidentel du pouce droit, événement pris en charge par la Caisse

nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA). D'après une IRM effectuée le 12 novembre 2013, l'assuré présentait un œdème osseux modéré et moucheté du premier métacarpien et des deux premières phalanges (P1 et P2) du pouce, associé à une inflammation modérée des tissus graisseux sous-cutanés, ainsi qu'une résorption osseuse sous-chondrale associée à une synovite modérée des deux articulations du pouce, évoquant une algodystrophie (rapport du 13 novembre 2013 de la Dre M._____, spécialiste en radiologie).

Dans ce contexte, l'intéressé a séjourné au sein de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) du 16 juillet au 12 août 2014, où il a été soumis à différents examens. Au plan psychiatrique, il existait des signes et symptômes orientant vers une expression douloureuse à forte teinte de catastrophisation, entraînant également un comportement autolimitatif (rapport du 14 août 2014 du Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Au plan orthopédique, le diagnostic retenu à la suite de l'accident était celui de syndrome douloureux régional complexe (SDRC ou CRPS) de type 1 (algodystrophie) des trois premiers rayons de la main droite, à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges lourdes avec la main droite, pas d'activités répétitives nécessitant une force de préhension au niveau de la main droite. Les diagnostics complémentaires étaient ceux de lombalgies en exacerbation depuis juillet 2014 sans événement traumatique et de syndrome douloureux chronique de la jambe gauche avec probable neuropathie du nerf sural avec un ENMG (électroneuromyogramme) normal (lettre de sortie du 19 août 2014 des Drs H._____, spécialiste en rhumatologie, et L._____, médecin assistant).

Dans son rapport d'examen final du 7 décembre 2015, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a conclu que, pour les seules suites de l'accident, l'assuré, qui ne devait pas être considéré comme mono-manuel, disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité légère ne sollicitant pas trop la main droite et ne nécessitant pas de dextérité particulière.

Sur cette base, la CNA a mis fin au remboursement des frais de traitement et aux indemnités journalières à compter du 30 avril 2016 (lettre du 29 mars 2016) puis a alloué à A._____ une rente d'invalidité de 21 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 5 % (décision du 25 mai 2016, confirmée sur opposition le 12 octobre 2016).

d) Dans l'intervalle, A._____ a également souffert d'une pancréatite nécrotico-hémorragique gravissime et multi-compliquée, en raison de laquelle il a été hospitalisé aux soins intensifs puis au Service [...] du 15 mars au 3 juillet 2015. Selon le Dr P._____, spécialiste en chirurgie, son patient ne pouvait de ce fait plus accomplir d'activités physiques intenses (rapport non daté, réceptionné par l'OAI le 29 octobre 2015).

Il ressort d'un rapport du 26 avril 2017 adressé par le Dr P._____ à l'OAI que, à la suite de cette pancréatite multi-compliquée, son patient restait fragile avec des douleurs abdominales sur une récurrence de hernie ombilicale, lesquelles s'amélioreraient après une intervention chirurgicale, et des comorbidités cardiaques et diabétiques. D'un point de vue chirurgical, ce spécialiste considérait qu'il n'y avait pas de restriction à l'exercice d'une activité professionnelle respectant une limitation du port de charge à 5 kg.

e) Après examen du dossier, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a conclu qu'il n'existait pas d'atteinte durablement incapacitante en lien avec le membre inférieur gauche. L'atteinte principale à la santé consistait en une algoneurodystrophie du pouce droit, laquelle avait entraîné une incapacité totale de travail depuis le 29 août 2013 ; si l'activité habituelle n'était plus exigible, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était néanmoins exigible à 100 %. Dites limitations étaient les suivantes : pour la main droite, pas de port important de charge ou de travaux demandant de la dextérité, étant précisé que A._____ ne devait pas être considéré comme mono-manuel ; pour le reste, le port de charge devait être limité à

5 kg et les activités physiques intenses étaient proscrites. Sur le plan viscéral, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée (cf. avis SMR des 6 octobre 2014, 12 janvier 2017 et 29 mai 2017).

Dans une correspondance du 25 septembre 2017 adressée à l'OAI, la Dre Z._____ a notamment fait état d'un impact psychologique consécutif aux atteintes à la santé de son patient, en raison duquel contact serait prochainement pris par l'intéressé avec un spécialiste. Pour cette praticienne, A._____ présentait une incapacité de travail définitive.

Par décision du 19 avril 2018, l'OAI a alloué à A._____ une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2014 au 31 mars 2016. Il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail et de gain à compter du 29 août 2013. Depuis le 7 décembre 2015, il présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que par exemple une activité légère dans le domaine de la production ou des services.

B. **a)** Par acte du 18 mai 2018, A._____, représenté par Me [...], a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Par arrêt du 11 janvier 2019 (cause AI 158/18 - 6/2019), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours et confirmé la décision querellée. Au terme de son appréciation des preuves, la Cour a retenu que l'assuré avait présenté, à la suite de son accident du 29 août 2013, une incapacité totale de travail et qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (pas d'activités physiques intenses, pas de travaux demandant de la dextérité ou le port de charges supérieures à 5 kg) à compter du 7 décembre 2015, à la suite d'une amélioration de son état de santé. En effet, les conclusions des spécialistes relatives aux atteintes à la santé touchant respectivement la jambe gauche (neuropathie du nerf sural gauche, cf. rapport du 30 avril 2013 du Dr N._____), le pouce droit (écrasement du pouce compliqué d'un syndrome douloureux régional complexe localisé subséquent, cf.

rapport du 7 décembre 2015 du Dr V._____) et le plan viscéral (pancréatite aigüe et hernie ombilicale traitée chirurgicalement, cf. rapport du 26 avril 2017 du Dr P._____), n'étaient pas remises en cause par le rapport du 25 septembre 2017 établi par la Dre Z._____. Sur le plan psychiatrique en particulier, les considérations particulièrement sommaires évoquées par cette praticienne ne mettaient en exergue aucun élément déterminant qui aurait échappé à l'examen du Dr J._____ dans le cadre du bilan psychiatrique complet réalisé au cours du séjour de l'assuré à la CRR (cf. rapport du 14 août 2014 du Dr J._____). Cela posé, la Cour a arrêté le degré d'invalidité de l'assuré à 23 %, ce qui lui refermait le droit à une rente de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} avril 2016 (consid. 7).

b) Cet arrêt a été porté par A._____, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, devant le Tribunal fédéral, lequel a rejeté le recours par arrêt du 15 avril 2019 (TF 9C_134/2019). Le Tribunal fédéral a notamment relevé que l'intéressé - en ce qu'il alléguait souffrir, sur le plan psychiatrique, de troubles somatoformes douloureux ainsi que des effets néfastes du traitement médicamenteux de longue durée sur son état psychologique (dépression, addiction, etc.) - opposait sa propre appréciation à celle des médecins qui s'étaient prononcés au sujet de son état de santé psychique. C'était donc sans arbitraire que la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal avait suivi les conclusions prises par le Dr J._____ dans le cadre de son rapport du 14 août 2014.

C. Par courrier de son conseil réceptionné le 13 mai 2019 par l'OAI, A._____ a signalé une aggravation de son état de santé sur les plans somatique et psychiatrique (dépression et perte de mémoire).

Invité à fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité, l'assuré a fait parvenir à l'OAI les documents suivants :

- Un rapport du 1^{er} juin 2019 de la Dre W._____, spécialiste en angiologie, laquelle retenait les diagnostics de volumineux lymphœdème secondaire douloureux du membre inférieur gauche, de

status après paresthésies post traumatiques du nerf sciatique poplité externe gauche suite à une cure de varices du membre inférieur gauche en 2012, de myosite du muscle solaire (recte : soléaire), de status après pancréatite, de diabète de type II secondaire et de paresthésies secondaires de la main droite. L'angiologue concluait à une incapacité totale de travail de son patient.

- Un rapport du 6 juin 2019, dans lequel la Dre Z. _____ faisait état des diagnostics d'algoneurodystrophie de la main droite, de neuropathie surale post-opératoire du membre inférieur gauche avec syndrome douloureux complexe, de syndrome des apnées du sommeil, d'insuffisance veineuse du membre inférieur gauche, de lombalgies chroniques, de douleurs abdominales chroniques post pancréatite, d'hypertension artérielle, d'obésité, d'hypercholestérolémie et de status après cholécystectomie en 2016 et cure de hernie incisionnelle en 2017. Sur le plan psychiatrique, elle retenait un état dépressif secondaire aux atteintes à la santé, avec suivi spécialisé et traitement médicamenteux. Elle évoquait l'indication à une investigation neuropsychologique, son patient n'étant notamment plus en mesure de gérer seul son traitement et se reposant à cet égard entièrement sur son épouse. S'agissant d'une reconversion professionnelle, les ressources de l'intéressé lui paraissaient nulles et elle considérait que le pronostic était très mauvais quant à la reprise d'une activité professionnelle.
- Dans un rapport du 13 décembre 2019, le Dr C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait A. _____ à sa consultation depuis le mois de juillet 2019, faisait état, sur le plan psychiatrique, des diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et d'intelligence limite (F70.0), chez un patient très fruste ayant épuisé ses capacités adaptatives. Il précisait que la pathologie dépressive, secondaire aux syndromes douloureux chroniques, était désormais également chronicisée. Selon ce spécialiste, le pronostic était défavorable, la capacité de travail étant fort probablement nulle de manière durable dans toute activité professionnelle pour des raisons psychiatriques.

Dans un rapport du 16 juillet 2020 à l'intention de l'OAI, la Dre Z._____ a posé le diagnostic d'état dépressif chronique. Elle a relevé que son patient présentait une intolérance au moindre effort ainsi qu'une limitation de ses capacités de concentration (sous forme d'un ralentissement important), de compréhension et d'adaptation ainsi que de sa résistance.

Dans un avis du 8 février 2021, le SMR a considéré qu'il n'était pas apporté d'élément nouveau sur le plan somatique. S'agissant de l'état de santé psychiatrique, il a requis la mise en œuvre d'une expertise.

Suivant un compte rendu de la permanence du SMR du 23 juin 2021 consécutif à un courrier du 15 juin 2021 de l'assuré, par lequel celui-ci requérait, par l'intermédiaire de son conseil, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, neuropsychologique et toxicologique) au regard des problèmes cognitifs et de la fatigue d'origine iatrogène évoqués par le Dr C._____, l'OAI a répondu le 23 juin 2021 que la réalisation d'un bilan neuropsychologique était laissée à l'appréciation de l'expert, lequel tiendrait en outre compte du traitement médicamenteux dans le cadre de son mandat.

Le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport d'expertise le 7 décembre 2021, posant les diagnostics de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), non incapacitant, et d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2). L'incapacité de travail dans l'activité habituelle de machiniste était totale au vu des risques de cette activité professionnelle chez un sujet se plaignant d'importants troubles attentionnels et ce, vraisemblablement, depuis le début 2017, eu égard au rapport de la Dre Z._____ du mois de septembre de la même année. D'un point de vue médico-théorique, et compte tenu des seules limitations psychiatriques, l'expert a considéré que l'assuré devrait être capable de travailler à 30 % dans une activité comprenant peu d'interactions sociales et avec des facteurs de stress limités. Il a également précisé qu'il s'agissait d'une situation dépassée qui n'était plus accessible à un

traitement, quel qu'il soit. Pour le surplus, le Dr K._____ s'est référé aux conclusions d'D._____, psychologue spécialisé en neuropsychologie et psychothérapie, dont il a joint le rapport d'examen neuropsychologique du 16 novembre 2021. Il en ressortait que cet examen s'était avéré impossible face à l'attitude oppositionnelle de l'intéressé, dont les incapacités démontrées étaient au surplus incohérentes et peu crédibles de la part d'une personne ne souffrant pas de lésions cérébrales étendues. Le neuropsychologue avait partant mis un terme à l'examen sans pouvoir poser un diagnostic ou définir des limitations de la capacité de travail pour des raisons cognitives.

Le SMR s'est rallié aux conclusions du Dr K._____ par avis médical du 22 juin 2022.

Par décisions des 28 octobre et 22 novembre 2022, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 77 % dès le 1^{er} novembre 2019, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations. Selon les constatations de cet office, la capacité de gain de l'assuré était considérablement restreinte depuis le 1^{er} janvier 2017. A l'échéance du délai de carence d'une année, il présentait une capacité de travail résiduelle de 30 % dans une activité adaptée aux limitations suivantes : diminution des capacités d'adaptation, diminution de l'endurance, favoriser les activités simples, hypersensibilité à la sur-sollicitation, difficultés relationnelles, favoriser les activités avec peu d'interactions sociales et facteurs de stress limités, pas de conduite professionnelle.

D. **a)** Par actes des 1^{er} décembre 2022 (cause AI 328/22) et 27 décembre 2022 (cause AI 352/22), A._____, par l'intermédiaire de son conseil, a formé recours à l'encontre des décisions des 28 octobre et 22 novembre 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à leur réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée dès le 1^{er} janvier 2017 et, subsidiairement, à leur annulation et au renvoi de la cause pour instruction complémentaire. En substance, il s'est prévalu du rapport du

25 septembre 2017 de la Dre Z._____, dont l'appréciation relative à son état de santé psychique s'était avérée fondée au regard de la motivation de la décision entreprise. Au terme de l'instruction lacunaire de sa première demande de prestations sur le plan psychiatrique, l'OAI lui avait, à tort, refusé le droit à une rente d'invalidité par décision du 19 avril 2018, position confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans le cadre de la procédure de recours qui s'en était suivie. Ces décisions erronées l'avaient contraint à déposer une nouvelle demande de prestations en mai 2019, qui ne pouvait dès lors être qualifiée de tardive et différer la naissance de son droit à une rente entière.

b) Par ordonnance du 11 janvier 2023, le Juge instructeur a joint les causes AI 328/22 et AI 352/22, pour qu'elles fassent l'objet d'une instruction et d'un jugement communs.

c) Dans sa réponse du 30 janvier 2023, l'OAI a conclu à la réforme des décisions des 28 octobre et 22 novembre 2022, dans le sens du rejet de la demande de prestations formée par l'assuré en mai 2019. Il soutenait que, dans la mesure où l'incapacité de travail et de gain de l'intéressé datait de janvier 2017, l'état de santé de celui-ci ne s'était pas aggravé depuis la décision de refus de prestations rendue le 19 avril 2018, laquelle avait été confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et le Tribunal fédéral.

d) A._____ s'est déterminé en date du 10 février 2023, maintenant ses conclusions. Il relevait que l'OAI admettait non seulement la violation de son devoir d'instruction, laquelle avait conduit au prononcé de la première décision erronée, mais encore son incapacité de travail dès le 1^{er} janvier 2017, mise en évidence dans le cadre de l'instruction de sa nouvelle demande de prestations.

e) Une audience d'instruction s'est tenue le 24 avril 2023, à l'issue de laquelle le Juge instructeur a imparti à l'OAI un délai au 17 mai

2023 pour informer la Cour de céans de la suite qu'il entendait donner à la procédure.

f) Par courrier du 4 mai 2023, l'OAI a indiqué qu'il reconsidérerait très vraisemblablement les décisions entreprises en défaveur de l'assuré si celui-ci devait retirer ses recours.

g) A. _____ s'est déterminé par pli du 17 mai 2023, maintenant ses conclusions.

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, déposés en temps utile (art. 38 al. 4 let. c 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), les recours sont recevables.

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de la naissance du droit à la rente.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er}

janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) *In casu*, la date d'ouverture du droit à la rente, bien que litigieuse, est en toute hypothèse antérieure au 31 décembre 2021, si bien que la présente procédure demeure régie par l'ancien droit.

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).

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

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

5. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) 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).

c) 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).

d) 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).

6. a) Par décision du 19 avril 2018, confirmée par la Cour de céans le 11 janvier 2019 (CASSO AI 158/18 - 6/2019) et par le Tribunal fédéral le 15 avril 2019 (TF 9C_134/2019), l'intimé a retenu que le recourant avait présenté une incapacité de travail totale du 29 août 2013 au 7 décembre 2015, date à partir de laquelle il avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port important de charge ou de travaux demandant

de la dextérité de la main droite, port de charge limité à 5 kg, pas d'activité physique intense).

Dans son arrêt précité du 11 janvier 2019, la Cour de céans avait procédé aux constatations médicales suivantes (consid. 5b) :

En ce qui concerne son membre inférieur gauche, le recourant présente une neuropathie du nerf sural gauche, laquelle ne permet toutefois pas d'expliquer l'ensemble des plaintes et n'est pas à l'origine d'une incapacité de travail (cf. notamment, rapports des Drs N._____ du 30 avril 2013 et B._____ du 6 mai 2014). Le recourant ne présente par ailleurs ni lésion artérielle ou veineuse (cf. rapports de la Dresse W._____ des 14 mai et 6 août 2013), ni aucune atteinte de nature rhumatologique (cf. rapport du Dr [...] du 25 septembre 2012) et les différentes investigations menées au sein du [...] n'ont pas non plus permis d'expliquer l'entier de la symptomatologie.

S'agissant du membre supérieur droit, le recourant a été victime le 29 août 2013 d'un écrasement du pouce droit, lequel s'est compliqué par la suite d'un syndrome douloureux régional complexe localisé. Si cette lésion a, dans un premier temps, conduit à une incapacité totale de travail, il ressort du rapport du Dr V._____ du 7 décembre 2015, que le recourant dispose depuis cette date d'une pleine capacité de travail dans une activité ne sollicitant pas trop la main droite et ne nécessitant pas de dextérité particulière.

Sur le plan viscéral, le recourant a été victime d'une pancréatite aiguë qui a nécessité son hospitalisation du 15 mars au 3 juillet 2015. Selon le rapport du Dr P._____ du 26 avril 2017, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée évitant le port de charges supérieures à 5 kilos. Le dossier ne contient par ailleurs aucun élément qui laisserait à penser que les problèmes diabétologiques - apparus dans les suites de la pancréatite - seraient à l'origine d'une quelconque incapacité de travail. Quant aux problèmes cardiaques évoqués, ceux-ci ne sont aucunement documentés.

Sur le plan psychiatrique, il ne se justifie pas, sur la base des éléments figurant au dossier, de procéder à un complément d'investigation, le recourant ayant déjà fait l'objet d'un bilan psychiatrique complet dans le cadre de son séjour à la CRR (cf. rapport du Dr J._____ du 14 août 2014 [consilium psychiatrique du 22 juillet 2014]). Les considérations émises par la Dresse Z._____ dans son rapport du 25 septembre 2017 sont au demeurant particulièrement sommaires et ne mettent en exergue aucun élément déterminant qui aurait échappé à l'examen du Dr J._____ et qui serait susceptible de mettre à mal les conclusions de ce spécialiste.

Le rapport de la Dresse Z._____ du 25 septembre 2017 ne permet pas de remettre en cause les autres constatations qui précèdent, en particulier les avis étayés du Dr N._____ s'agissant de la problématique de la jambe gauche, celles du Dr V._____ en ce qui

concerne le pouce droit et enfin celles du Dr P. _____ pour l'aspect viscéral. Aussi, le recourant dispose-t-il, à tout le moins depuis le mois de décembre 2015, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il sied en outre de relever qu'à la lumière des pièces du dossier, il existe d'importants indices plaidant pour la présence d'une surcharge psychogène à l'origine d'un comportement autolimitatif avec catastrophisation et kinésiophobie (cf. rapports du Dr J. _____ du 14 août 2014 [consilium psychiatrique du 22 juillet 2014] et du Dr V. _____ du 19 août 2014).

b) Cela étant, dans la mesure où le recourant entendait remettre en cause la décision du 19 avril 2018, respectivement la situation médicale telle qu'elle existait au moment où cette décision a été rendue, il lui appartenait, compte tenu de l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 15 avril 2019, de demander la révision de cet arrêt, conformément à l'art. 123 al. 2 let. a LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110). Faute d'avoir procédé de la sorte, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si le droit à la rente peut naître à une date antérieure à celle du 19 avril 2018. En tant que le recourant conclut à l'octroi d'une rente à compter du 1^{er} janvier 2017, le recours doit être rejeté.

7. Cela posé, il convient désormais d'analyser si un changement important de circonstances propres à influencer le degré d'invalidité du recourant s'est produit entre la décision du 19 avril 2018 et les décisions litigieuses à l'origine de la présente procédure.

a) A titre liminaire, il y a lieu de convenir avec les parties que l'état de santé somatique du recourant n'a pas connu de modification notable depuis la précédente décision d'octroi de rente. En effet, dans son rapport du 1^{er} juin 2019, la Dre W. _____ mentionne, s'agissant « uniquement [du] côté veineux », diverses pathologies touchant le membre inférieur gauche (lymphœdème, atteinte iatrogène du nerf sciatique poplité externe, myosite du muscle soléaire), connues et considérées sans répercussion sur la capacité de travail du recourant (cf. consid 6 ci-dessus). Il en va de même des éléments communiqués par la Dre Z. _____ (rapport du 6 juin 2019), qui ne font pas état d'atteintes à la santé sur lesquelles les praticiens ne se sont pas prononcés dans le cadre de la première demande de prestations du recourant.

b) Comme en conviennent également les parties, la situation a évolué sur le plan psychiatrique.

Dans son rapport d'expertise du 7 décembre 2021, le Dr K._____ retient les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). S'agissant du second diagnostic retenu, l'expert relève la forte discordance entre les plaintes et les bases organiques de celles-ci qui se dégage des éléments du dossier. Selon le Dr K._____, il s'agit d'un comportement anormal de malade qui s'inscrit en l'espèce dans un contexte de facteurs psychosociaux (recherche d'une possible compensation financière, incluant une demande de réparation ou de reconnaissance, et déception par rapport à la qualité des soins médicaux reçus par l'intéressé). Compte tenu de son niveau d'intelligence, les convictions du recourant d'avoir droit à une telle compensation et d'être injustement traité dans le cas contraire fondent les manques de coopération, la majoration de symptômes psychiatriques, voire la simulation de troubles mnésiques, notamment observés par le neuropsychologue D._____ et mis en évidence lors des tests psychologiques diligentés par l'expert. Quant à l'épisode dépressif, le Dr K._____ motive de manière circonstanciée les symptômes observés. Il retient ceux de tristesse et de fatigabilité anormales, de diminution de l'intérêt et du plaisir, de difficultés à penser et à se concentrer, de troubles du sommeil, de diminution de l'estime de soi et d'idées suicidaires récurrentes. Il en conclut que le recourant présente les symptômes cardinaux d'un épisode dépressif sévère, vraisemblablement à la limite inférieure de ce degré de gravité. L'expert examine et réfute l'existence d'autres diagnostics pouvant être à l'origine de ces symptômes (troubles de l'adaptation, bipolaire, psychotique et anxieux ou atteinte cérébrale organique).

Se prononçant ensuite sur la capacité de travail du recourant, l'expert explique tout d'abord que celle-ci n'est pas impactée par le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons

psychologiques, qui relève davantage d'un comportement que d'une maladie au sens biomédical du terme. Se fondant sur ses observations cliniques, le Dr K. _____ retient en revanche une valeur incapacitante au trouble dépressif sévère présenté par le recourant. A cet égard, évoquant les ressources encore à disposition du recourant, l'expert fixe l'incapacité de travail à 70 %, une capacité résiduelle de 30 % s'avérant théoriquement envisageable dans une activité comprenant peu d'interactions sociales, avec des facteurs de stress limités et prohibant la conduite automobile. Il explique en détail les limitations complémentaires du recourant (manques d'adaptation et d'endurance, sensibilité à la sur-sollicitation, restriction aux situations professionnelles simples, difficultés relationnelles) et leur effet sur sa capacité de travail. Il observe en outre que la mise en œuvre de mesures professionnelles n'a guère de sens, le recourant n'étant probablement pas apte à s'y engager et au regard de l'improbable répercussion de celles-ci sur la capacité de travail de l'intéressé. Le Dr K. _____ relève également la faible coopération du recourant avec son médecin traitant et émet des réserves sur l'observance de sa médication, tout en relevant qu'il est difficile d'exiger davantage de l'intéressé au regard de « la problématique dépressive d'un sujet peu intelligent ». Enfin, la situation étant selon lui dépassée, l'expert n'émet pas de proposition en termes de traitement.

S'agissant des atteintes à la santé, de leur effet sur la capacité de travail et des limitations fonctionnelles présentées par le recourant, les conclusions du Dr K. _____ procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances pertinentes ressortant de l'anamnèse et du status clinique observé au cours de ses examens. L'expert relate minutieusement les plaintes alléguées et se prononce en pleine connaissance du dossier médical, non sans s'être entretenu avec la médecin traitante et avoir fait procéder à différents tests et examens complémentaires. En particulier, il explique de manière convaincante les raisons pour lesquelles, du fait des affections présentées par le recourant, le bilan neuropsychologique n'a pu être mené à terme ainsi que les incohérences des tests diligentés. Ce rapport contient une appréciation claire de la situation et aboutit à des conclusions médicales

minutieusement motivées, exemptes de contradictions. Le Dr K._____ se prononce également sur le retentissement que les atteintes à la santé ont sur les divers domaines de la vie du recourant ainsi que sur le traitement. Les réponses apportées par l'expert aux questions posées dans le cadre de son mandat sont particulièrement exhaustives et de nature à emporter la conviction de la Cour de céans.

En définitive, il n'y a pas lieu de s'écarter, ainsi que l'a d'ailleurs constaté le SMR dans son avis du 22 juin 2022, des conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr K._____, selon lesquelles le recourant présente, en raison d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, une capacité de travail résiduelle de 30 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« diminution des capacités d'adaptation, diminution de l'endurance, favoriser les activités simples, hypersensibilité à la sur-sollicitation, difficultés relationnelles, favoriser les activités avec peu d'interactions sociales et facteurs de stress limités, pas de conduite professionnelle »).

c) Le Dr K._____ s'est également efforcé, en dépit de la difficulté relative à l'appréciation rétrospective de l'état de santé psychique, de fixer la date la survenance de cette incapacité de travail. Les explications de l'expert n'emportent toutefois pas conviction.

Evoquant diverses dates ou durées au cours de son rapport, le Dr K._____ mentionne - en se référant au dossier sans davantage de précision, à son échange téléphonique avec la Dre Z._____ ainsi qu'à l'hétéro-anamnèse recueillie auprès de la fille du recourant -, que la pathologie dépressive de l'intéressé est progressivement devenue franche dans les suites de la pancréatite aiguë de 2015, au cours de laquelle le recourant a, à juste titre, craint de mourir. S'agissant du rapport d'octobre (recte : septembre) 2017 de la médecin traitante, l'expert indique que la problématique, mentionnée en cette occasion pour la première fois par la Dre Z._____, était alors suffisamment préoccupante pour que cette praticienne recommande à son patient de contacter un spécialiste. Cette information valide selon lui l'existence d'une problématique psychique

significative à cette date. Il poursuit en expliquant que l'évolution est allée vers un épisode dépressif globalement sévère qui s'est bientôt imposé comme chronique. La lecture du rapport d'expertise laisse néanmoins apparaître une variation des explications du Dr K. _____ en fonction des critères d'examen applicables. Ainsi, s'agissant de l'évaluation des critères de sévérité du trouble dépressif, il expose que celui-ci existe « depuis plusieurs mois », puis, lorsqu'il en évalue la chronicité, que cet épisode dépressif sévère « dure vraisemblablement depuis plus de deux ans » et enfin, que celui-ci « remonte vraisemblablement à plusieurs années ». Répondant aux questions posées dans le cadre du mandat, il explique que l'état de santé du recourant « s'est aggravé depuis [la] décision de refus de prestations », « vraisemblablement au début 2017 soit au 01.01.2017, compte tenu du rapport de la Dre Z. _____ du mois de septembre de la même année ». C'est ainsi au terme de ce raisonnement quelque peu confus que l'expert arrête la date précise de survenance de l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant.

Force est cependant de constater que cette conclusion ne repose sur aucun élément objectif ressortant du dossier. A cet égard, il est certes exact que la Dre Z. _____ signale, dans son rapport du 25 septembre 2017, que l'état psychologique du recourant n'est pas bon à la suite de tous les ennuis médicaux présentés et que son patient contactera un spécialiste. Les explications données par cette praticienne ne contiennent toutefois pas d'élément permettant d'apprécier la gravité d'une éventuelle atteinte à la santé psychique, de sorte que l'existence d'un épisode dépressif sévère n'est nullement établie à cette époque. Il ressort d'ailleurs du dossier que le recourant n'a pas entrepris de suivi spécialisé avant l'été 2019. Il n'existe en effet pas d'avis médical spécialisé antérieur au rapport du 13 décembre 2019 du Dr C. _____, dans lequel il est fait mention d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, avec une description détaillée des symptômes. Ce n'est que postérieurement à ce document que la Dre Z. _____ pose à son tour le diagnostic d'état dépressif, respectivement réactionnel puis chronique (rapports du 6 juin 2019 et du 16 juillet 2020). Dans son rapport de 2020, elle évoque également pour la première fois un important

ralentissement et une limitation des capacités cognitives de son patient. Sur le vu de ces éléments, il y a lieu de considérer que l'aggravation de l'état de santé psychique du recourant est survenue, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre le 25 septembre 2017 et le 13 décembre 2019 au plus tard, sans qu'il ne soit possible de fixer une date précise. Dans la mesure où le recourant a débuté son suivi au cabinet du Dr C. _____ au mois de juillet 2019, il convient de retenir en l'espèce la date du 1^{er} juillet 2019 à titre de *dies a quo* de l'incapacité de travail. Au surplus, les observations cliniques du Dr K. _____ se superposant avec celles du psychiatre traitant, les deux spécialistes soulignant singulièrement la chronicité de la pathologie et l'inaccessibilité à tout traitement, il y a lieu d'admettre que cette incapacité n'a pas connu de rémission ou de modification après cette date.

d) Il ressort de ce qui précède que le recourant est durablement atteint dans sa santé depuis le 1^{er} juillet 2019, date depuis laquelle il ne dispose plus que d'une capacité résiduelle de travail de 30 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il n'y a par conséquent pas lieu de suivre l'office intimé, en tant qu'il conclut à la réforme des décisions attaquées au détriment du recourant, au motif que la situation n'aurait pas évolué depuis le 1^{er} janvier 2017.

e) S'agissant du degré d'invalidité, il n'y a pas lieu de remettre en cause les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé, dès lors que ceux-ci ne sont pas contestés. Les critères d'évaluation retenus par l'intimé et les chiffres arrêtés par celui-ci ne prêtent d'ailleurs pas le flanc à la critique dans le cas d'espèce. Le taux d'invalidité de 77 % retenu par l'office intimé peut donc être confirmé, ce qui ouvre le droit à une rente entière pour le recourant.

f) Il s'ensuit que le recourant peut prétendre à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} juillet 2020 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI).

8. Ce constat aboutit à un résultat qui est moins favorable pour le recourant, dans la mesure où l'octroi par l'office intimé d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} novembre 2019 au 30 juin 2020 s'avère erroné. Partant, il conviendrait en principe, conformément à l'art. 61 let. d LPGA, de réformer la décision litigieuse au détriment du recourant. Or, si la loi permet au tribunal de procéder à une *reformatio in pejus*, il ne s'agit en réalité que d'une simple possibilité. Le tribunal n'opte pour une *reformatio in pejus* qu'avec retenue, en particulier si des questions d'opportunité ou d'appréciation sont en jeu (cf. Jean Métral, in : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 77 ad art. 61 LPGA). Compte tenu des circonstances de la présente affaire, en particulier des incertitudes liées à la détermination, rétrospective, de l'évolution de la capacité de travail du recourant, la *reformatio in pejus* n'apparaît pas opportune en l'espèce. Il y est partant renoncé.

9. a) En conclusion, les recours doivent être rejetés et les décisions litigieuses confirmées.

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

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

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

I. Les recours sont rejetés.

II. Les décisions rendues les 28 octobre 2022 et 22 novembre 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.

III. Les frais judiciaire, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de A._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

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