

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 juillet 2024

---

Composition : M. WIEDLER, président  
MM. Neu et Oulevey, juges  
Greffière : Mme P. Meylan

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,  
avocat, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 7, 16 et 61 let. c LPGA ; 28 et 28a LAI ; 87 al. 2 et 3 et 88a al.  
1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], de nationalité macédonienne, au bénéfice d'un permis d'établissement, marié, père de trois enfants nés les [...], [...] et [...], sans formation professionnelle, a occupé différents emplois depuis son arrivée en Suisse.

**B.** L'assuré a travaillé comme serveur auprès d'[...] du 12 mai 2010 au 31 mars 2012.

Le 25 janvier 2012, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes en raison de troubles incapacitants résultant de talalgies plantaires du pied droit.

Après instruction de la demande par cet office, le Dr [...], médecin praticien auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a délivré un avis médical à l'attention de l'OAI le 22 février 2013. Il retenait que l'assuré souffrait d'une talalgie plantaire du pied droit. D'après les Drs G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique auprès du [...] du [...] du [...] (ci-après : [...]), la situation n'était pas encore stabilisée ; le pronostic était très incertain quant au recouvrement d'une capacité de travail dans l'activité habituelle, mais l'amélioration restait possible selon le premier spécialiste cité. Pour le Dr T.\_\_\_\_\_, la capacité de travail dans une activité adaptée était entière. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de station debout ou de marche prolongées, pas de montées répétées des escaliers ou de marche en terrain irrégulier.

A la suite d'un stage réalisé auprès de [...] dans le contexte de la mise en œuvre de mesures de l'assurance-chômage, l'assuré a été engagé par cette entreprise à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013.

Par décision du 25 septembre 2013, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud a rejeté la demande de prestations du 25 janvier 2012 de l'assuré. Il a constaté que ce dernier ne pouvait certes plus exercer son activité habituelle de serveur depuis le 11 novembre 2011, mais qu'il présentait à partir du 11 octobre 2012 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé et qui respectait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de station debout et de marches prolongées, pas de montées répétées des escaliers ou de marche en terrain irrégulier. Il a également retenu que l'assuré avait été engagé à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013 en qualité d'aide-monteur/manœuvre auprès de [...] et considéré qu'il ne subissait aucun préjudice économique lui ouvrant le droit à des prestations de l'AI.

**C.** L'assuré a travaillé comme magasinier auprès de R. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mars 2017 au 30 avril 2019.

Le 21 juin 2018, alors que l'assuré rangeait des palettes, sa main gauche a été écrasée par une palette.

Il ressort du rapport de radiographie du même jour du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiodiagnostic et neuroradiologie auprès de l'[...] (ci-après : [...]), d'une part, que la radiographie de la main gauche n'avait révélé ni corps étranger radio-opaque, ni fracture, ni arrachement osseux, mais des rapports articulaires conservés et, d'autre part, que la radiographie du pouce gauche n'avait objectivé aucune fracture.

Le 5 juillet 2018, R. \_\_\_\_\_ a déclaré le sinistre à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA), qui a instruit la cause et presté.

Le 8 août 2018, l'assuré a été adressé à la consultation du Dr [...], spécialiste en radiodiagnostic auprès de l'[...], pour une radiographie du poignet gauche afin de rechercher une fracture non visible sur les précédents clichés, la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) n'ayant pas été possible en raison

d'une claustrophobie de l'assuré. Il ressort du rapport du même jour du spécialiste précité que les nouveaux clichés n'avaient pas trouvé de lésion traumatique, mais tout au plus une irrégularité du lunatum, déjà visible sur les précédentes radiographies. Cela étant, compte tenu de la suspicion de rupture du ligament scapholunaire, un arthroscanner du poignet gauche au retour des vacances de l'assuré était proposé.

Le 11 octobre 2018, le Dr G.\_\_\_\_\_ a vu l'assuré en consultation pour un probable syndrome douloureux régional complexe (ci-après : SDRC) de la main et du poignet gauches.

L'assuré a séjourné à la [...] (ci-après : [...]) entre le 20 novembre 2018 et le 3 janvier 2019.

Le 21 novembre 2018, il a subi une radiographie de la main des deux côtés. Il ressort du rapport du 23 novembre 2018 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie auprès de l'[...], que cette radiographie avait révélé une raréfaction osseuse sans résorption osseuse décelée en miroir aux différentes articulations et un possible SDRC débutant, mais qu'elle n'avait laissé apparaître aucune lésion osseuse focale suspecte ou traumatique.

Le 7 décembre 2018, l'assuré a subi une scintigraphie osseuse en trois phases. Il ressort du rapport du 14 décembre 2018 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire auprès de l'[...], que cet examen n'avait dégagé aucun argument parlant pour une algodystrophie scintigraphiquement active de la main et du poignet gauches.

Le 14 janvier 2019, les Drs X.\_\_\_\_\_ et [...], respectivement spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin assistante auprès de la [...], ont rapporté à la médecin d'arrondissement de la CNA qu'aucun nouveau diagnostic n'avait été posé au cours du séjour et qu'en particulier aucune psychopathologie n'avait été retenue. Ils retenaient sur le plan orthopédique le diagnostic de probable SDRC de la main et du poignet gauches, sur la base des critères cliniques de Budapest. Ils

exposaient notamment que des facteurs contextuels pourraient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, à savoir en particulier une kinésiophobie modérée chez un patient qui peinait à intégrer sa main dans les activités. Ils retenaient les limitations fonctionnelles provisoires suivantes : mouvements répétitifs du poignet et de la main, ports de charges répétés supérieures à 5 à 10 kg et préhension en force avec la main gauche. Ils qualifiaient enfin de favorable le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de magasinier, en précisant toutefois qu'une reprise serait prématurée en l'état.

Le 8 avril 2019, l'assuré a déposé auprès de l'OAI une nouvelle demande de prestations AI pour adultes fondée sur une atteinte à la santé résultant d'un accident professionnel, en lien avec l'évènement du 21 juin 2018.

Le 17 juin 2019, R. \_\_\_\_\_ a répondu au questionnaire de l'OAI concernant l'activité professionnelle déployée pour son compte par l'assuré. Elle lui a notamment confirmé que l'activité de l'intéressé avait principalement été d'aider à la décharge et au rangement de palettes de marchandises et que l'assuré avait ainsi été souvent confronté dans son activité à la marche, à la position debout et au port de charges moyennes (10 à 25 kg) et lourdes (> 25 kg). Elle l'a en outre informé de la fin des rapports de travail au 30 avril 2019.

Le 19 juin 2019, le Dr X. \_\_\_\_\_ a fait un rapport de sa consultation du 16 mai 2019 à l'attention du Dr G. \_\_\_\_\_. Il lui a notamment exposé que l'évolution de l'état de santé de l'assuré, depuis la sortie de ce dernier de la [...] le 3 janvier 2019, était marquée par l'extension des douleurs au membre supérieur gauche avec des douleurs à l'épaule le limitant dans ses activités. L'assuré gardait ainsi des douleurs à la main gauche, d'intensité variable estimée au minimum entre 7 et 8/10 allant jusqu'à 10/10, sans facteur déclenchant clairement identifié plutôt plus fortes le soir, avec persistance d'une variation de la température perçue, de la sudation, de la coloration et asymétrie de la trophicité des

ongles. L'examen de l'épaule avait en outre montré une raideur prédominant à la rotation externe faisant évoquer un schéma capsulaire dans le contexte d'un SDRC.

Le 11 novembre 2019, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a examiné le recourant. A teneur de son rapport du 15 novembre 2019, il a posé les diagnostics suivants : SDRC de la main et du poignet gauches, traumatisme par écrasement de la main et du poignet gauches en date du 21 juin 2018 et obésité avec un indice de masse corporelle à 33 kg/m<sup>2</sup>. Il précisait que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé.

Le 27 novembre 2020, le Dr G.\_\_\_\_\_ a indiqué à la Dre D.\_\_\_\_\_, médecin praticien, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, que l'assuré ne concédait absolument aucune amélioration, qu'il présentait des effets secondaires importants sous forme de céphalées, vertiges et troubles de l'équilibre, que la main gauche était toujours tuméfiée, froide et plus transpirante que le côté opposé et qu'il existait une impotence quasi complète du membre supérieur gauche. Il lui semblait en outre que toutes les thérapies possibles avaient été épuisées ; il considérait que l'état approchait la stabilisation. Il retenait des limitations fonctionnelles pour les activités manuelles bimanuelles, quelles qu'elles soient, ainsi que pour le port de charges supérieures à 5 kg et considérait qu'il fallait privilégier dans la mesure du possible une activité monomanuelle s'effectuant exclusivement avec la main droite.

Le 10 décembre 2020, la Dre D.\_\_\_\_\_ a constaté que l'assuré avait présenté un traumatisme par écrasement de la main et du poignet gauches le 21 juin 2018 sans lésion objectivée, ni de syndrome des loges, développé par la suite, mais qu'il avait en revanche développé un probable SDRC de la main et du poignet gauches, mis en évidence lors du séjour à la [...]. Elle considérait que la situation était stabilisée sur le plan médical puisqu'il n'y avait plus de traitement chirurgical, médical ou ergothérapeutique qui puisse améliorer l'état de cet assuré de manière manifeste au niveau de son membre supérieur gauche. Elle soulignait

qu'un bilan final à l'agence n'avait pas pu être réalisé du fait d'une toux présente depuis trois mois chez l'assuré et de la situation sanitaire. Elle retenait donc, sur la base du rapport du 27 novembre 2020 du Dr G. \_\_\_\_\_ et des explications de ce dernier, les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités manuelles bimanuelles, quelles qu'elles soient, pas de port de charges supérieures à 5 kg, précisant que l'assuré pouvait en revanche exercer une activité monomanuelle qui s'effectuait exclusivement avec la main droite. Sa main gauche pouvait éventuellement être utilisée en appui. Elle concluait à une capacité de travail nulle dans l'activité de magasinier, telle qu'exercée au moment de l'évènement du 21 juin 2018, mais à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, respectant strictement ces limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement. Elle considérait en outre que les séquelles que présentait l'assuré ensuite de son accident correspondaient à un taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %.

Le même jour, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2020, sa médecin d'arrondissement étant d'avis qu'il avait une pleine capacité de travail restante, pour les seules suites de l'accident, dans une activité monomanuelle s'effectuant exclusivement avec la main droite et ne nécessitant pas de port de charges supérieures à 5 kg, la main gauche pouvant éventuellement être utilisée en appui.

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> mars 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 31 mars 2021. Il retenait notamment que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité de magasinier depuis le 21 juin 2018, mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - à savoir pas d'activité manuelle bimanuelle, quelle qu'elle soit, pas de port de charge supérieure à 5 kg, pas d'activité manuelle sollicitant la main gauche, si ce n'est éventuellement pour servir d'appui - depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021. A compter de cette date, il considérait que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le

domaine industriel léger et qu'il serait ainsi en mesure de réaliser un revenu plus ou moins égal à celui qu'il percevait en bonne santé en qualité de magasinier, et ce même en prenant en considération un abattement de 10 % sur le salaire statistique déterminant pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles. En conséquence, l'assuré ne pouvait plus se prévaloir d'aucun préjudice économique au-delà du 31 décembre 2020 et son droit à la rente prenait fin trois mois plus tard.

Par acte du 30 mars 2021, l'assuré, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, a contesté le projet de décision précité. Il a conclu au versement d'une rente entière d'invalidité, et ce également ultérieurement au 31 mars 2021.

Par courrier de son conseil du 14 avril 2021 à l'OAI, l'assuré a notamment soutenu que le dossier de la cause apparaissait lacunaire en l'état et que les aspects antalgique et psychiatrique n'avaient pas été pris en considération. Il contestait conserver une pleine capacité de travail exigible dans une activité mono-manuelle s'effectuant exclusivement avec la main droite. Il maintenait qu'il présentait une incapacité de travail totalement invalidante ultérieurement au 31 décembre 2021 et devait partant également pouvoir prétendre au versement d'une rente ultérieurement au 31 mars 2021.

Le 5 juillet 2021, la Dre Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie auprès du [...] du [...] du [...], a établi un rapport médical somatique à l'attention de l'OAI. L'assuré avait été vu à neuf reprises depuis le 10 juillet 2020. Elle a retenu comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail un SDRC de la main gauche secondaire à l'accident de travail survenu en 2018 et comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail celui d'anxiété massive avec kinésiophobie depuis le 28 octobre 2020, la suspicion d'un état de stress post-traumatique étant encore relevée. La Dre Q.\_\_\_\_\_ qualifiait son pronostic sur la capacité de travail de l'assuré de sombre car sa situation stagnait alors depuis plus de deux ans. Elle précisait en outre que le

probable syndrome de stress post-traumatique et la forte anxiété subis par l'assuré faisaient obstacle à sa réadaptation.

Dans leur rapport du 10 août 2021 au Dr K.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, les Drs H.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie auprès du [...] du [...] du [...], et Q.\_\_\_\_\_, considéraient que l'assuré conservait un important SDRC envahissant auquel était associée une constellation de symptômes incluant des anomalies sensorielles, des anomalies du système nerveux autonome ainsi qu'une anxiété massive avec kinésiophobie à tout le moins. Ils qualifiaient la perspective de sombre après avoir notamment relevé qu'un espoir de guérison du SDRC apparaissait désormais illusoire et que les différents traitements prescrits, indiqués pour soigner les douleurs neuropathiques, n'avaient pas entraîné d'amélioration notable de l'état de santé de l'assuré.

Le 20 décembre 2021, le Dr N.\_\_\_\_\_ spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport médical psychiatrique à l'attention de l'OAI. Il retenait les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail suivants : état de stress post-traumatique depuis le 21 juin 2018, syndrome douloureux somatoforme persistant depuis le 21 juin 2018, autres modifications durables de la personnalité depuis le 21 juin 2018, épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique depuis le 28 septembre 2021. Il relevait que l'assuré était alors en arrêt de travail complet et qualifiait son pronostic sur la capacité de travail de l'assuré de réservé. Il précisait en outre que la dégradation de l'état de santé physique et psychique de l'assuré associé à son état anxiodépressif sévère avec état de stress post-traumatique ainsi qu'aux séquelles douloureuses de son accident de travail connues depuis plus de trois ans faisait obstacle à une réadaptation de l'assuré.

Par avis du 3 février 2022, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin praticien auprès du SMR, a conclu qu'il allait être essentiel d'avoir une évaluation objective de la situation avec une analyse des ressources mobilisables en fonction des indicateurs standards jurisprudentiels tout en excluant les facteurs extra médicaux qui n'étaient pas du ressort de l'AI et en prenant

en compte l'ensemble des éléments médicaux à disposition, vu notamment le possible trouble somatoforme douloureux de l'ensemble du membre supérieur gauche associé à des troubles anxio-dépressifs, le tout dans une situation psycho-sociale difficile. Il préconisait ainsi la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de rhumatologie, un volet de psychiatrie et un volet de médecine interne.

Par courrier du 8 février 2022 au conseil de l'assuré, l'OAI a informé ce dernier qu'il avait décidé de la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire en rhumatologie, psychiatrie et médecine interne, lui a remis copie de son questionnaire aux experts et lui a donné la possibilité de lui adresser des questions complémentaires dans un délai de dix jours.

Par courrier du 21 février 2022 de son conseil, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il n'avait à ce stade pas d'observations à formuler relativement à sa communication du 8 février 2022.

Par courrier du 5 mai 2022 au conseil de l'assuré, l'OAI a communiqué à ce dernier que l'expertise médicale pluridisciplinaire serait réalisée par V.\_\_\_\_\_ (ci-après : V.\_\_\_\_\_), à [...], et qu'elle comporterait un examen de médecine interne générale par la Dre W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, un examen de psychiatrie et psychothérapie par le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'un examen en rhumatologie par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie.

Les experts précités ont examiné l'assuré les 25 mai et 29 juin 2022. Le 29 août 2022, ils ont remis leur rapport d'expertise pluridisciplinaire à l'OAI. Ce rapport comprend une évaluation consensuelle, trois expertises spécialisées dans chaque domaine médical traité, un résumé du dossier de l'assuré, des rapports d'analyses sanguines et urinaires, un dessin et formulaire relatifs à la recherche des points fibromyalgiques ainsi que des documents médicaux complémentaires établis les 8 juin et 12 juillet 2022 par le Dr K.\_\_\_\_\_.

Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu, au titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, un status post écrasement de la main gauche le 21 juin 2018, compliqué secondairement d'un SDRC du membre supérieur gauche. Ils estimaient que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de magasinier, depuis le 21 juin 2018, et pleine dans une activité adaptée, depuis le mois d'octobre 2020. Ils concluaient aux limitations fonctionnelles suivantes : activité monomanuelle droite sans port de charges lourdes de plus de 5 kg.

Dans son rapport d'expertise spécialisée en médecine interne du 29 août 2022, la Dre W.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle avait notamment entendu l'assuré sur le déroulement de sa journée-type, ce dernier lui ayant alors exprimé qu'il avait des douleurs, un mal-être général et des médicaments à prendre en permanence, et ce du matin jusqu'au coucher. L'assuré lui avait en outre exposé prendre notamment du Tramadol plusieurs fois par jour en gouttes et en comprimés. Interpellé, il lui avait dit ne pas savoir pour quelle raison il prenait à la fois des gouttes et des comprimés. L'anamnèse de l'assuré avait été sévèrement appauvrie par des réponses lapidaires à ses questions. L'assuré n'avait donné presque aucune information spontanée, mais tendu à répondre par la positive à toutes les questions par lesquelles elle lui avait demandé s'il avait tel ou tel symptôme. Au terme de l'examen clinique, l'assuré lui avait donné une impression peu authentique et démonstrative. La Dre W.\_\_\_\_\_ ne retenait, du point de vue de la médecine interne, aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail.

Quant au volet psychiatrique, il ressort du rapport d'expertise spécialisée du 29 août 2022 du Dr O.\_\_\_\_\_ qu'il avait également entendu l'assuré sur le déroulement de sa journée-type, ce dernier lui ayant notamment rapporté, en substance, qu'il sortait avec son beau-père pendant la matinée pour une durée qui dépendait de l'état de ses douleurs et qu'il lui arrivait de sortir également avec son beau-père pendant l'après-midi ou d'accompagner son épouse aux courses. L'assuré avait

exposé prendre du Tramadol plusieurs fois par jour en gouttes et en comprimés. Il avait rapporté une péjoration progressive de son état psychique avec l'aggravation de ses douleurs. Le Dr O.\_\_\_\_\_ relevait en outre que l'assuré avait du mal, en réponse aux questions ouvertes sur son moral, à citer des symptômes concrets et précisait que l'examen clinique ne retrouvait pas de signe objectif en faveur d'un trouble dépressif incapacitant. Ce psychiatre soulignait également que l'assuré ne prenait ni son traitement antidépresseur ni son traitement anxiolytique prescrit en réserve. Au moment d'évaluer et classer les troubles par rapport aux évaluations antérieures, il précisait encore qu'il n'avait pas été constaté de flash-back, de comportement d'évitement ou d'hypervigilance tels que retrouvés dans l'état de stress post-traumatique. Le diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique posé le 20 décembre 2021 par le Dr N.\_\_\_\_\_ n'était donc pas partagé par le Dr O.\_\_\_\_\_. Ce dernier exposait également que l'assuré n'avait pas décrit des douleurs intenses et persistantes, mais variables dans le descriptif de la journée-type. Les analyses d'urines effectuées démontraient qu'il ne prenait pas le traitement antalgique prescrit, alors qu'il décrivait une prise pluriquotidienne en gouttes et en comprimés d'antalgiques majeurs. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant posé le 20 décembre 2021 par le Dr N.\_\_\_\_\_ n'était donc pas non plus partagé par le Dr O.\_\_\_\_\_. Ce dernier relevait encore que l'assuré avait exposé que son moral était fonction de ses douleurs, décrites comme variables dans le descriptif de la journée-type, qu'il n'était retrouvé ni agitation, ni ralentissement psychomoteur, ni sentiment de culpabilité, ni idée de suicide exprimée spontanément. Il ne prenait aucun traitement anxiolytique ou antidépresseur, ni même antalgique. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère posé le 20 décembre 2021 par le Dr N.\_\_\_\_\_ n'était donc pas partagé par le Dr O.\_\_\_\_\_. Après avoir relevé que l'assuré s'était plaint de douleurs qui limiteraient de manière importante ses tâches élémentaires au niveau de la vie quotidienne, mais relativement peu ses activités distractives de loisirs et occupationnelles, le Dr O.\_\_\_\_\_ relevait enfin qu'il existait des divergences entre ses plaintes et son comportement en situation d'examen, respectivement des éléments d'autolimitation entre ses

plaintes et le descriptif de sa journée-type, d'une part, et entre ses plaintes et la non-prise des traitements prescrits, d'autre part. En définitive, le Dr O.\_\_\_\_\_ retenait, sur le plan psychiatrique, le diagnostic de troubles anxieux et dépressif mixte et précisait qu'ils n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail de l'assuré.

S'agissant du volet rhumatologique de l'expertise du 29 août 2022, le Dr S.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré se plaignait de douleurs en coups de couteau à l'épaule gauche et dans la nuque. Il présentait des douleurs dans le bras gauche, des cervicalgies et des douleurs en bas du dos. Il lui avait indiqué prendre notamment du Tramadol plusieurs fois par jour en gouttes et en comprimés. Le Dr S.\_\_\_\_\_ avait en outre intégré à son examen clinique un examen neurologique ainsi que la recherche de points fibromyalgiques. Ensuite de cette recherche, il avait constaté un score WPI de 19, une note de 5 sur l'échelle de sévérité ainsi qu'un score de Wolfe de 24 et conclu que tous les points étaient douloureux, mais qu'il ne convenait pas de conclure à une fibromyalgie, mais à une kinésiophobie, si bien que les scores précités n'étaient pas valables. Au moment d'évaluer et classifier les troubles par rapport aux évaluations antérieures, le Dr S.\_\_\_\_\_ confirmait le diagnostic de SDRC de la main et du poignet gauches posé le 11 octobre 2018 par le Dr G.\_\_\_\_\_ et confirmé le 14 janvier 2019 par le Dr X.\_\_\_\_\_ ainsi que celui de kinésiophobie posé le 5 juillet 2021 par la Dre Q.\_\_\_\_\_, précisant au sujet de la kinésiophobie qu'elle était importante, ce qui ne permettait pas d'examiner l'assuré, qui était enraidit dans tous les tests de mobilisation de ses fonctions articulaires. Il concluait dès lors, malgré les difficultés à obtenir un status lors de l'examen clinique qu'il avait pratiqué, à la présence d'un SDRC du membre supérieur gauche, avec kinésiophobie sévère, entraînant un enraidissement global du système articulaire de l'assuré nécessitant la définition de limitations fonctionnelles, à savoir une activité monomanuelle. Il précisait encore que les résultats d'analyses effectuées pour détection du Tramadol dans les urines étaient négatifs. Après avoir notamment constaté que l'assuré était droitier et qu'il était arrivé à mobiliser son membre supérieur droit lors de l'examen, il relevait, en substance, que les divergences entre les symptômes décrits par ce

dernier, son comportement en situation d'examen et l'examen clinique étaient en lien avec sa kinésiophobie. Il n'y avait pas d'argument, sur le plan rhumatologique, à la non-mobilisation du corps à l'exception du membre supérieur gauche. L'assuré présentait une autolimitation de quasiment toutes les mobilités articulaires dans le cadre d'une kinésiophobie sévère. Sous l'angle rhumatologique, l'expert a retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 21 juin 2018, mais que la capacité de travail dans une activité adaptée, c'est-à-dire dans une activité monomanuelle droite sans port de charges de plus de 5 kg, était entière depuis le mois d'octobre 2020.

Par avis du 9 septembre 2022, le Dr Z.\_\_\_\_\_ du SMR a conclu qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 29 août 2022 des médecins spécialisés de V.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 16 novembre 2022, l'OAI a informé l'assuré, par son conseil, que les mesures d'instruction complémentaire ordonnées à la suite de sa contestation du 14 avril 2021 n'avaient pas apporté d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, si bien que son projet de décision serait entièrement confirmé.

Par décision du 25 janvier 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 1<sup>er</sup> mars 2021 et octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité de 1'288 fr. par mois du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 31 décembre 2020 et de 1'298 fr. par mois du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 31 mars 2021, ainsi que deux rentes pour enfant liées à la rente du père de 515 fr. par mois du 1<sup>er</sup> octobre 2019 au 31 décembre 2020 et de 519 fr. par mois du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 31 mars 2021.

**D.** Par acte du 23 février 2023, C.\_\_\_\_\_, représenté par Me Hofstetter, a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée. Il a conclu à sa réforme en ce sens que le recourant soit mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2019, subsidiairement à son

annulation, le dossier de la cause étant renvoyé à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Il reprochait à l'OAI d'avoir fondé son appréciation sur une expertise pluridisciplinaire dont il estimait, d'une part, qu'elle contrastait singulièrement avec l'appréciation émise le 5 juillet 2021 par la Dre Q.\_\_\_\_\_ et, d'autre part, qu'elle aurait dû comporter un volet d'antalgie. Plus particulièrement, il faisait grief aux médecins spécialisés de V.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir constaté que le recourant présentait des troubles incapacitants en raison de son tableau douloureux complexe et que sa situation médicale était en aggravation. A l'appui de son recours, il a produit un lot de pièces sous bordereau et requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire qui comporte une prise de position d'un spécialiste des questions d'antalgie sur son état de santé, les diagnostics y relatifs ainsi que ses répercussions sur sa capacité de travail exigible.

Parmi les pièces produites, figure un rapport du 7 février 2023 des Drs J.\_\_\_\_\_, anesthésiologue auprès du [...] du [...] du [...], et Q.\_\_\_\_\_, lesquels avaient constaté la persistance de douleurs chroniques secondaires neuropathiques sur SDRC de type 2 de la main gauche, l'extension du territoire douloureux au-delà de la lésion initiale, à savoir au membre supérieur droit, à la colonne vertébrale, à la nuque, à la tête, aux jambes et aux pieds, la perception d'anomalies sensorielles avec une hyperalgésie sur l'ensemble du membre supérieur gauche, des douleurs rétrosternales avec brûlures type reflux gastro-œsophagien, ainsi qu'un état de stress et de détresse psychologique importants. Ces médecins estimaient que la situation médicale du recourant était en aggravation et considéraient que la capacité de travail exigible était nulle, une activité même à un taux réduit ou avec une position assise leur semblant inadaptée.

Le 13 avril 2023, l'intimé s'est déterminé sur ce recours. Il a conclu à son rejet et au maintien de la décision contestée. Se référant à l'expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, psychiatrie et médecine interne du 29 août 2022 de V.\_\_\_\_\_ ainsi qu'à l'avis du 9 septembre

2022 du SMR, il estimait implicitement que le recourant n'avait pas établi l'existence d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de cette expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des médecins spécialisés de V.\_\_\_\_\_ ou établir le caractère incomplet de leur ouvrage.

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 31 mars 2021 dans le contexte d'une nouvelle demande de prestations.

**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<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 nouvelle demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime

légal applicable *ratione temporis* dépend du moment auquel la modification déterminante s'est produite. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 s'appliquent (ch. 9102 CIRAI [Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022, état au 1<sup>er</sup> janvier 2024]).

**b)** En l'espèce, la modification déterminante s'est produite avant le 31 décembre 2021. Les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'à cette date sont donc applicables.

**4. a)** Lorsque la rente a 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). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de la personne assurée sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel est le cas, elle entre en matière et entreprend les investigations nécessaires pour déterminer si la modification de situation alléguée est effectivement survenue et dans quelle mesure elle a un impact sur l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3a *a contrario* ; ch. 5203 CIRAI). Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

**b)** Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est

resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

**c)** En l'espèce, c'est à juste titre que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 8 avril 2019 du recourant.

**5. 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 la personne assurée 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 la personne assurée à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé d'elle, 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 la personne assurée 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>ème</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 la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de la personne assurée s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI).

**6. 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. Les renseignements fournis par les médecins constituent en outre 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, 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)** Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré 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\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

**7.** 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).

**8. a)** En l'occurrence, le recourant fait valoir que le rapport d'expertise du SMEX du 29 août 2022, sur lequel l'OAI a fondé la décision litigieuse, serait incomplet car dénué de tout volet antalgique, si bien que sa valeur probante devrait être niée. A l'appui de son grief, il se prévaut tout particulièrement du rapport du 7 février 2023 des Drs J.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, lesquels posent les diagnostics de douleurs chroniques secondaires post contusion de la main gauche ainsi que de douleurs chroniques neuropathiques et considèrent que le recourant ne présenterait aucune capacité de travail exigible.

**b)** A titre liminaire, on relève que le conseil du recourant le représentait déjà lors de la mise en œuvre de l'expertise pluridisciplinaire confiée à V.\_\_\_\_\_ et qu'il n'a alors pas estimé nécessaire de requérir de l'intimé qu'il complète dite expertise par un volet en antalgie (cf.

notamment courrier du 21 février 2022 de Me Hofstetter). Le recourant ne contestait alors pas que les spécialisations médicales retenues pour l'expertise étaient suffisantes pour appréhender correctement et de manière complète sa situation médicale. Partant, les critiques du recourant sur ce point apparaissent tardives et sont formulées de mauvaise foi dans le seul but de remettre en cause une expertise dont le résultat ne lui convient pas.

**c)** Quoiqu'il en soit, il convient d'examiner si le rapport d'expertise du V. \_\_\_\_\_ remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et si, en particulier, il investigue suffisamment les douleurs dont se plaint le recourant.

Les médecins spécialisés de V. \_\_\_\_\_ ont tous trois procédé à une anamnèse complète du recourant, l'ont tous individuellement rencontré afin de faire eux-mêmes les constats cliniques sur lesquels se fondent leurs conclusions respectives, ont tous trois tenu compte des plaintes exposées par le recourant et plus particulièrement discuté l'impact des limitations fonctionnelles dont ce dernier se prévaut sur sa journée-type. Sur la base des données de l'anamnèse, du descriptif de la journée-type, des constats objectifs de l'examen clinique, des résultats des examens ainsi que des dosages sanguins et urinaires effectués, les médecins précités ont expliqué quels diagnostics étaient posés et pour quelles raisons. Ils ont également exposé les motifs pour lesquels ils ne concluaient pas à certains diagnostics précédemment retenus par d'autres médecins. Ils ont finalement intégré dans une évaluation consensuelle l'ensemble de leurs constatations qui permet d'avoir une vision complète de la situation médicale du recourant, de ses atteintes à la santé et de ses limitations fonctionnelles. Leurs conclusions sont dûment motivées et exemptes de contradictions.

En outre, les experts ont dûment tenu compte des douleurs ressenties par le recourant. Ainsi, les Drs W. \_\_\_\_\_, O. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ ont tous trois consigné dans leurs rapports d'expertise spécialisée respectifs que le recourant s'était plaint de douleurs. Celles-ci

ont en outre été investiguées dans le cadre du volet rhumatologique de l'expertise pluridisciplinaire, le Dr S.\_\_\_\_\_ ayant notamment procédé à un examen neurologique et une recherche clinique des points fibromyalgiques. Ce dernier a néanmoins conclu qu'un diagnostic de fibromyalgie devait être écarté, la kinésiophobie importante du recourant ne permettant pas de tenir les résultats de la recherche précitée pour valables. On rappelle que le diagnostic de kinésiophobie est retenu au terme de l'évaluation consensuelle réalisée le 22 août 2019 par les trois médecins spécialisés de V.\_\_\_\_\_, en plus de rejoindre les conclusions antérieures respectives des Drs X.\_\_\_\_\_ et [...], Q.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, tandis que celui de syndrome douloureux somatoforme persistant a été écarté à la suite d'une motivation convaincante du Dr O.\_\_\_\_\_. A cela s'ajoute que les Drs S.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ ont tous deux relevé des divergences entre les symptômes décrits par le recourant, son comportement en situation d'examen et l'examen clinique, le second mentionnant encore des éléments d'autolimitation entre ses plaintes et le descriptif de sa journée-type. Ils ont tous deux encore souligné que les analyses sanguines et urinaires n'avaient révélé aucune trace de Tramadol. Ainsi, le recourant qui soutient ressentir d'importantes douleurs ne prend pas les antalgiques prescrits - bien qu'il prétende le contraire -, ce qui permet de retenir une exagération des symptômes. On ne voit donc pas quel élément supplémentaire pourrait apporter un complément d'expertise avec un volet en antalgie.

En ce qui concerne le rapport du 7 février 2023 des Drs J.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_, on relève d'abord que la seconde médecin citée suit le recourant mensuellement depuis plusieurs années, de sorte qu'on peut considérer que la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient la placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique (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). On souligne ensuite que ces médecins sont anesthésiologues, de sorte que leurs constatations d'ordre psychiatrique - par ailleurs laconiques - ne sauraient remettre en cause les conclusions psychiatriques dûment motivées du Dr O.\_\_\_\_\_, psychiatre auprès de V.\_\_\_\_\_. On constate

enfin que ces anesthésiologues n'établissent pas que des éléments objectivement vérifiables auraient été ignorés par les médecins spécialisés de V.\_\_\_\_\_. et que ces derniers éléments seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leurs conclusions, pas plus qu'ils ne remettent en cause les conclusions du Dr S.\_\_\_\_\_ à la suite de sa recherche des points fibromyalgiques, étant pour le surplus rappelé que le SDRC est retenu aux termes des conclusions du rapport de V.\_\_\_\_\_. On ne saurait au demeurant déduire une aggravation de l'état de santé du recourant du fait que les Drs J.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ ont mentionné la perception d'anomalies sensorielles avec hyperalgésie sur l'ensemble du membre supérieur gauche et relevé des douleurs rétrosternales avec brûlures type reflux gastro-œsophagien, étant rappelé les divergences soulignées par les médecins spécialisés de V.\_\_\_\_\_ entre les symptômes décrits par le recourant, son comportement en situation d'examen et l'examen clinique, d'une part, et l'absence de tout autre élément au dossier permettant de corroborer les douleurs rétrosternales, d'autre part.

En clair, aucun élément probant et concret ne permet de renverser la présomption d'objectivité attachée au rapport d'expertise du 29 août 2022 de V.\_\_\_\_\_, respectivement de remettre en cause sa pleine valeur probante.

**c)** En conséquence, l'appréciation des preuves à laquelle s'est livré l'intimé échappe à toute critique. C'est donc à bon droit qu'il a statué sur le droit aux prestations du recourant en se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise de V.\_\_\_\_\_ ainsi que sur les limitations fonctionnelles retenues par les médecins spécialisés de cette dernière, lesquelles rejoignent au demeurant celles qui avaient antérieurement été mises en évidence par le Dr G.\_\_\_\_\_ et la Dre D.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA.

**d)** Pour le surplus, le recourant ne conteste pas le calcul de son préjudice économique effectué par l'intimé, lequel peut être confirmé.

**e)** En tant que l'intimé a retenu que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021 et que ce dernier ne subissait de ce fait aucun préjudice économique, sa décision du 25 janvier 2023 mettant fin au versement de ses prestations avec effet au 31 mars 2021, soit trois mois plus tard (cf. art. 88a al. 1 RAI), ne prête pas le flanc à la critique.

**9.** Le dossier est complet sur le plan médical et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire qui comporte un volet en antalgie, comme le requiert le recourant. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a).

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

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> première phrase LAI).

En l'espèce, il convient de fixer les frais judiciaires à 600 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> deuxième phrase LAI) et de les mettre à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 et 91 LPA-VD, applicables par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

**c)** Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g *a contrario* LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 25 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de C.\_\_\_\_\_.
  
- 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 Gilles-Antoine Hofstetter (pour C.\_\_\_\_\_),
- 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 :