

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 avril 2025

---

Composition : Mme LIVET, présidente  
Mme Brélaz Braillard et Mme Berberat, juges  
Greffière : Mme Vulliamy

\*\*\*\*\*

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. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 28 et 29 al. 1 et 3 LAI ; 87 al. 2 et 3 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ingénieur en [...] non diplômé, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 2 juin 2010, indiquant souffrir de dépression, de fatigue chronique et de troubles du sommeil depuis environ 2005 et être en incapacité totale de travailler depuis décembre 2006.

**b)** Il ressort d'un rapport d'évaluation du 19 juillet 2010 établi à la suite d'un entretien entre une collaboratrice de l'OAI et l'assuré le 16 juillet 2010 que, depuis 1990, ce dernier connaissait des échecs à répétition liés au contexte familial. Il était aussi mentionné que l'assuré avait beaucoup besoin de parler et d'être écouté, l'entretien ayant duré 1h30 et, qu'au niveau du réseau personnel, il semblait isolé.

**c)** Dans un rapport du 4 janvier 2011, annexé par l'OAI le 10 février 2011, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué suivre l'intéressé depuis 2007 et a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.1) et de traits de la personnalité mixte depuis plus de cinq ans. Il a indiqué que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif majeur, dont le dernier épisode, survenu six ans auparavant, s'était aggravé il y avait un peu plus de trois ans à la suite d'une rupture sentimentale. Il a précisé que, étant donné que l'état clinique ne s'améliorait pas de manière significative, une prise en charge hebdomadaire était nécessaire. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> août 2007 et a mentionné que l'activité exercée était médicalement exigible à 50 % initialement, puis à 80 % dans un délai de six mois.

**d)** Le 15 juillet 2011, le Dr J.\_\_\_\_\_, répondant aux questions de l'OAI, a indiqué ne pas pouvoir détailler le statut psychiatrique actuel de l'assuré, celui-ci n'étant plus venu à sa consultation depuis le 23 février 2011. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode

actuel léger (F33.1), de traits de personnalité mixte (*Self-defeating personality*) et d'un éventuel syndrome de fatigue chronique. Il a précisé que l'assuré était en arrêt de travail depuis le 1<sup>er</sup> août 2007 et que la capacité de travail était nulle dans la profession actuelle. S'agissant des limitations fonctionnelles précises relevant de l'assurance-invalidité, le psychiatre traitant a mentionné que, durant les derniers mois de sa prise en charge, l'intéressé manifestait une fatigue ainsi qu'une fatigabilité importante, particulièrement lorsqu'il s'agissait de s'occuper de tâches qui le concernaient directement, des problèmes d'insomnie, des troubles de la concentration, une baisse de l'élan vital, ainsi que des difficultés importantes à mettre des priorités et à prendre des décisions majeures (troubles du fonctionnement exécutif). Selon le Dr J.\_\_\_\_\_, la capacité de travail dans une profession médicalement adaptée ne dépassait pas les 50 %. S'agissant des traitements en cours, ce médecin a indiqué que, jusqu'au 23 février 2011, la prise en charge de l'assuré consistait en une thérapie individuelle (soutien, approche interpersonnelle, écoute, gestion de crise) et qu'il n'était sous aucune médication.

**e)** Par décision du 29 février 2012, confirmant un projet du 20 janvier 2012, l'OAI a refusé d'octroyer des prestations à l'assuré dans la mesure où il n'était pas possible, par manque de collaboration de ce dernier, d'objectiver de quelconques limitations fonctionnelles, qui découleraient d'une atteinte invalidante au sens de l'AI et qui seraient de nature à diminuer durablement la capacité de gain. Cette décision n'a pas été contestée.

**B. a)** Le 26 mai 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations AI en mentionnant souffrir de dépression, de troubles anxieux et du sommeil et être suivi par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

**b)** Dans un rapport du 10 juin 2015, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33) et de trouble de la personnalité mixte (*Self-defeating personality*) (F61) existant en tout cas depuis 2007. Il a indiqué suivre l'assuré depuis le 5 février 2013 et que ce

dernier avait traversé deux graves dépressions. Depuis, il vivait une vie très restreinte. Il a précisé que l'assuré était aimable et collaborant. Le Dr K.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'incapacité de travail était difficile à déterminer car dépendant grandement du travail en question, mais probablement de l'ordre de 50 %.

**c)** Par courrier du 11 août 2015, le Professeur Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que l'assuré l'avait consulté en raison d'une lombalgie qui était en constante augmentation, avec des douleurs irradiant aux membres inférieurs des deux côtés. Après l'avoir examiné, il a expliqué qu'il n'avait pas trouvé de signe neurologique important, mis à part des troubles statiques qui se présentaient sous forme de scoliose sinistro-convexe dorsolombaire avec une contracture importante paravertébrale droite. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) mettait en évidence une discopathie pluri-étagée de la colonne lombaire avec des signes de Modic I et II également pluri-étagés.

**d)** Par rapport du 28 août 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en gastroentérologie, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de maladie psychique et douleurs au niveau de la colonne vertébrale et celui, sans effet sur la capacité de travail, de maladie de reflux. Il a indiqué suivre l'assuré depuis le mois d'octobre 2007 et que la maladie de reflux était actuellement bien maîtrisée, ce dernier étant suivi endoscopiquement pour un œsophage de Barrett.

**e)** Dans un rapport du 11 décembre 2015, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé le diagnostic incapacitant de lombalgies chroniques mécaniques avec : troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec discopathies à tous les étages lombaires avec perte de hauteur discale, étalement disco-circonférentiel au niveau L3-L4 et L4-L5, modification type Modic I et Modic II au niveau des étages L3-L4, L4-L5 et L5-S1, probable micro-instabilité segmentaire et déconditionnement physique global et focal. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr T.\_\_\_\_\_ a cité la douleur lors des positions statiques prolongées assises ou debout, limitations en position

en porte-à-faux et le travail en zone haute et en zone basse en continu. Eu égard à la capacité de travail dans l'activité habituelle, il a confirmé l'arrêt de travail complet, soulignant ne pas être en mesure de répondre par rapport à une éventuelle reprise de l'activité professionnelle. Pour ce qui était de la capacité de travail dans une activité adaptée, il a estimé qu'une reconversion professionnelle n'était pas nécessaire, l'intéressé pouvant fonctionner dans sa profession en respectant les conditions précédemment décrites.

**f)** Faisant suite à un avis médical du 11 août 2016 du Dr C.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'Al (ci-après : SMR), une expertise psychiatrique a été conduite par la Dre E.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 13 décembre 2017. Dans le rapport y relatif du 20 décembre 2017, elle a indiqué avoir téléphoné le même jour au Dr J.\_\_\_\_\_ et posé les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de simulation consciente avec motivation claire (Z76.5), de dysthymie (F34.1) depuis le début de l'âge adulte, de status post épisode dépressif moyen à sévère entre 2004 et fin 2008 versus trouble dépressif récurrent (F33.4), en rémission depuis janvier 2009, de status post effets indésirables de traitements antidépresseurs et autre (Y49.9) entre 2004 et fin décembre 2008, de difficultés liées au logement et aux conditions économiques depuis 2006 (Z59) et de difficultés en lien avec l'emploi et le chômage depuis fin 2005 (Z56). Elle a retenu une incapacité totale de travail entre janvier 2005 et décembre 2008 dans toute activité, puis une capacité de travail de 100 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Elle a, pour le surplus, indiqué que le Dr K.\_\_\_\_\_ avait posé un diagnostic de trouble de la personnalité mixte alors que le Dr J.\_\_\_\_\_ ne retenait que des traits de la personnalité mixte, avis qu'elle rejoignait.

**g)** Aux termes d'un avis du 25 janvier 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_ du SMR a fait siennes les constatations et conclusions de l'expertise médicale précitée. En l'absence de diagnostic incapacitant actuel, le médecin a confirmé la capacité de travail totale de l'assuré dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009.

**h)** Par projet de décision du 29 janvier 2018, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de nier son droit à une rente d'invalidité et à des mesures de reclassement, motif pris que, nonobstant l'incapacité de travail de 50 % attestée par son psychiatre, ses troubles ne justifiaient pas une incapacité de travail durable.

**i)** Le 2 mars 2018, le recourant s'est opposé à ce projet.

Les 18, 27 et 30 avril 2018, dans le cadre de l'opposition formée à son projet de décision, l'OAI a reçu les pièces médicales suivantes :

- des rapports des 22 novembre 2006 et 18 janvier 2012 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en pneumologie, du Centre [...] du Centre hospitalier R.\_\_\_\_\_, (ci-après : Centre hospitalier R.\_\_\_\_\_), dont il ressort que l'assuré est affecté d'un syndrome d'apnées du sommeil de degré léger traité par CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) et de dépression au décours ;

- des rapports de consultation des 5 juillet, 1<sup>er</sup> décembre 2017 et 18 avril 2018 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour une suspicion d'algo-neuro-dystrophie au membre inférieur gauche le 17 mai 2017 (post entorse des deux chevilles et fractures du Lisfranc [M2-M3 intra-articulaire] du pied gauche) et lombalgies chroniques sur discopathie multi-étagée ;

- un rapport du 30 avril 2018 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et en traitement interventionnel de la douleur, posant le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de lombosciatalgies chroniques depuis plusieurs années, mais sans que ce médecin ne se prononce sur la capacité de travail en renvoyant sur ce point auprès du médecin traitant.

**j)** Le 5 juillet 2018, désormais assisté de son avocat Me Jean-Michel Duc, l'assuré a notamment indiqué que le Dr J.\_\_\_\_\_ avait démenti l'information, retenue par la Dre E.\_\_\_\_\_, selon laquelle il n'aurait jamais effectué de séances de stimulation magnétique transcrânienne. Il a joint à cet effet des rapports des 24 mai et 22 juin 2018 du Dr J.\_\_\_\_\_ attestant que l'intéressé avait effectué environ vingt séances de TMS (traitement de stimulation magnétique transcrânienne) durant le mois d'avril 2008, traitement qui n'avait toutefois pas eu d'effet sur sa symptomatologie anxio-dépressive chronique.

**k)** Dans un avis médical du 22 août 2018, le Dr C.\_\_\_\_\_ du SMR a considéré que les arguments avancés par Me Duc ne permettaient pas de remettre en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique conduite par la Dre E.\_\_\_\_\_, soulignant qu'il ne convenait aucunement de prévoir une seconde expertise.

**l)** Le 31 août 2018, l'assuré, par l'entremise de Me Duc, a formulé des objections au projet de décision du 29 janvier 2018 rejetant la demande de prestations AI. Il a, en substance, fait valoir que l'expertise psychiatrique était dénuée de toute valeur probante en raison des fausses informations relatives au traitement TMS et des avis médicaux divergents s'agissant de sa capacité de travail. A cet égard, il a joint les pièces médicales suivantes :

- un rapport de polygraphie nocturne du 6 décembre 2010 du Dr G.\_\_\_\_\_ où il est écrit que, sur le plan du sommeil, l'assuré se plaignait toujours de réveils nocturnes survenant une à trois fois par nuit, avec l'impression d'un sommeil non réparateur ;

- un rapport du 12 novembre 2007, ainsi que ceux des 15 juillet 2011, 24 mai et 22 juin 2018 déjà au dossier, du Dr J.\_\_\_\_\_ posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de dysthymie (F34.1) et de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) et attestant une incapacité de travail à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> août 2007 ;

- un rapport du 17 juillet 2018 des Dres D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et Z.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante du Département de psychiatrie du Centre hospitalier R.\_\_\_\_\_, diagnostiquant chez l'assuré un trouble mixte de la personnalité (F61.0) avec traits narcissiques et paranoïaques et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), et concluant à une incapacité de travail totale, tout en précisant qu'il n'était pas exclu que le traitement psychiatrique-psychothérapeutique puisse permettre d'envisager une reprise d'activité progressive.

**m)** Par décision du 31 octobre 2018, l'OAI a rejeté la requête d'assistance juridique gratuite de l'assuré, au motif qu'un tel droit devait être nié pour la simple appréciation d'éléments médicaux, y compris lorsqu'il s'agissait de discuter une expertise médicale. Par arrêt du 22 mars 2019, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a confirmé cette décision à la suite du recours déposé le 5 décembre 2018 par l'intéressé (CASSO AI 383/18 - 80/2019).

**n)** Par décision du 22 mai 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, pour les mêmes motifs que ceux exposés dans son projet du 29 janvier 2018. Dans un courrier du même jour, faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a informé Me Duc que la contestation élevée n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position. Il a en particulier relevé que les informations erronées transmises par le Dr J.\_\_\_\_\_ à l'experte E.\_\_\_\_\_ n'étaient pas de nature à invalider les conclusions de l'expertise, notamment parce que la rémission de l'état dépressif était également constatée par le Centre hospitalier R.\_\_\_\_\_. Quant au possible trouble mixte de la personnalité, il n'avait pas empêché l'assuré de se former et de s'intégrer dans le monde de l'économie par le passé, ce trouble étant d'ailleurs qualifié de traits de personnalité mixte par le Dr J.\_\_\_\_\_ plutôt que de trouble.

**o)** Par acte du 26 juin 2019, l'assuré, sous la plume de son mandataire, a fait recours contre la décision précitée en alléguant

présenter une incapacité de travail durable, du moins partielle, et que les atteintes psychiques constituaient des atteintes de nature invalidante. Il a également contesté la valeur probante du rapport de la Dre E.\_\_\_\_\_. Dans ce cadre, il a produit un rapport du 21 juin 2019 du Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant depuis le 14 février 2018, posant les diagnostics d'état anxio-dépressif mixte (F41.2) fluctuant, de trouble mixte de la personnalité (F61.0) avec des traits narcissiques et paranoïaques et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) et attestant une totale incapacité de travail de son patient depuis le 22 février 2018. Ce médecin a précisé qu'on ne pouvait attendre davantage d'un autre traitement médicamenteux psychotrope (par exemple antidépresseur ou Prégabaline) vu l'état psychologique de l'assuré, qui dépendait en grande partie de facteurs psycho-sociaux. Le recourant a en outre produit un rapport du 16 décembre 2018 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, consulté depuis le 20 mars 2018, attestant une capacité de travail de 40 % maximum dans une activité avec alternance des postures et sans port de charges. Il a posé les diagnostics suivants :

« Lombo-sciatalgies à bascule prédominant à droite dans un contexte de :

- Spondylodiscarthrose pluriétagée pincée Pfirmann V, atteinte prédominant aux 3 derniers étages avec rétrécissement canalaire de grade B à C en L3-L4 et L4-L5 et composante de micro-instabilité segmentaire de type Modic I en L3/S1.
- des 2 • En L3-L4, sténose foraminale modérée des 2 côtés prédominant à gauche. En L4-L5, rétrécissement marqué des trous de conjugaison
- En L5- S1, débord discal circonférentiel, sans rétrécissement significatif des
- trous de conjugaison et du sac dural.
- Arthropathie postérieure en poussée congestive.
- Remaniement dégénératif de l'articulation sacro-iliaque droite.
- Hypoextensibilité musculaire des secteurs sous-pelviens antérieurs postérieurs.
- Défaut de coordination lombo-abdominale.
- Perte de la lordose physiologique.

Cervico-scapulalgies dans un contexte de :

- Spondylodiscarthrose pluriétagée pincée Pfirmann V, de C3/C7, rétrécissement significatif des trous de conjugaison des 2 côtés.

Arthropathie postérieure étagée. Perte de la lordose cervicale.

- Troubles posturaux.
- Dysbalances musculaires des ceintures cervico-scapulaires.

Troubles dépressifs récurrents et anxieux

- Procrastination.
- Sentiment de dévalorisation sévère.
- Troubles de l'attention et de la concentration.
- Fatigue chronique.

Syndrome d'apnée du sommeil appareillé

- Status après correction d'une déviation de la cloison nasale 2018.
- Hypertension artérielle essentiellement diastolique, stabilisée sous Exforge 10mg/160mg, 1 cp/J.

Maladie de reflux avec œsophagite peptique et épigastralgies. »

**p)** La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 14 juillet 2020 (CASSO AI 247/19 - 256/2020), entériné par arrêt du Tribunal fédéral du 7 septembre 2021 (9C\_558/2020), rejeté le recours et confirmé la décision de l'OAI du 22 mai 2019. Elle a, en substance, considéré que le rapport de la Dre E.\_\_\_\_\_ était probant et que ses conclusions pouvaient dès lors être suivies. Sur le plan somatique, la Cour a retenu que le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2018 n'était pas de nature à établir une aggravation partiellement incapacitante de l'état de santé physique de l'assuré depuis 2016 et qu'il ne constituait qu'une appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical. En outre, son évaluation était sujette à caution dans la mesure où ce médecin indiquait suivre l'intéressé depuis le 20 mars 2018 et qu'elle avait été établie seulement quelques mois après la contestation du 31 octobre 2018 de l'assuré dont les objections ne mentionnaient rien d'incapacitant sur le plan somatique. Il s'ensuivait que l'avis isolé du Dr L.\_\_\_\_\_ procédait d'une appréciation divergente d'un même état de fait clairement posé sur le plan médical et déjà observé en février 2019, voire même en août 2016 par le SMR. Quant au rapport du Dr X.\_\_\_\_\_, il n'en résultait aucun élément nouveau propre à remettre en cause l'appréciation, très fouillée, de la Dre E.\_\_\_\_\_.

**C. a)** Le 11 février 2021, l'assuré, par son conseil, a annoncé à l'OAI une aggravation de son état de santé en se référant à un rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 31 décembre 2020, transmis en annexe, posant les mêmes diagnostics que dans son rapport du 16 décembre 2018, à l'exception des troubles dépressifs récurrents et anxieux qualifiés de troubles anxio-dépressifs permanents avec attaques de panique. Il a indiqué que la situation s'était inexorablement dégradée avec majoration, à nouveau, du déconditionnement physique, confronté par ailleurs à une peur phobique liée à la contamination et que, face à cette constellation, une irritabilité neuroméningée s'était installée à l'origine d'un handicap dans les diverses activités du quotidien. Il a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis 2007 en raison de l'état psychiatrique, avec interférence de la pathologie vertébrale depuis 2016. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, il a indiqué que, sur le plan purement théorique en rhumatologie, une activité offrant des alternances de posture et sans port de charges pourrait difficilement être envisagée au-delà de 40 % jusqu'au 12 août 2019. Depuis cette date, sur le plan rhumatologique, l'incapacité de travail était totale jusqu'à la date de son intervention neurochirurgicale. Le même jour, l'OAI a accusé réception de ce courrier en invitant l'assuré à déposer une nouvelle demande de prestations.

**b)** Le 23 avril 2021, l'assuré a déposé une troisième demande de prestations AI en indiquant une symptomatologie dépressive (F41.2, F61.0 et F33.4) et une atteinte vertébrale, notamment des lombosciatiques et cervicoscapulalgies depuis de nombreuses années, avec une aggravation depuis mars 2020, ainsi qu'une totale incapacité de travail depuis la même date. Par courrier du même jour, son mandataire a informé l'OAI qu'il avait dû assister l'assuré pour remplir le formulaire de demande de prestations, celui-ci s'étant trouvé dans une situation de blocage total, l'empêchant de procéder à de telles démarches administratives. Il a précisé que ce type de démarche n'était pas problématique par le passé et qu'une aggravation de l'état de santé devait ainsi être constatée.

**c)** Par projet de décision du 10 janvier 2022, l'OAI a informé l'assuré de son intention de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations dans la mesure où l'examen du dossier n'avait montré aucun changement dans sa situation. Il s'est basé sur un avis du 10 janvier 2022 de la Dre W.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, selon lequel l'aggravation mise en avant par le Dr L.\_\_\_\_\_ semblait principalement renvoyer aux éléments subjectifs (douleurs), aggravés par un déconditionnement lié au confinement (et non pas à une atteinte à la santé). L'irritation neuro-méningée dont le Dr L.\_\_\_\_\_ parlait faisait vraisemblablement référence aux douleurs de type sciatalgies qui étaient déjà décrites en 2018 et n'étaient donc pas nouvelles. Elles n'étaient pas accompagnées d'éléments déficitaires objectivés sur le plan neurologique, des investigations sur ce plan n'étant pas mentionnées. Ainsi, sur le plan purement objectif, les éléments apportés ne permettaient pas de faire valoir une aggravation notable. Sur le plan psychiatrique, son avis de non psychiatre correspondait à une appréciation différente, non étayée, d'un même état de fait par rapport à celle fondée sur l'expertise de 2017 de la Dre E.\_\_\_\_\_.

**d)** Après avoir adressé ses objections à ce projet le 17 janvier 2022, l'assuré a transmis les rapports suivants à l'OAI par courrier du 28 février 2022 :

- un rapport du 2 février 2022 du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F31.11), attestant une totale incapacité de travail et relevant une péjoration de l'état clinique depuis l'expertise de la Dre E.\_\_\_\_\_;

- un rapport relatif à une IRM du rachis lombaire du 7 février 2022 concluant à une sténose canalaire sévère d'origine disco-arthrosique en L3-L4 et L4-L5, avec un rétrécissement récessal L3-L4 et surtout L4-L5 à droite avec, en L4-L5, une progression de protrusion herniaire médiane, paramédiane, récessale et neuro-foraminale à droite par rapport au comparatif du 1<sup>er</sup> février 2019 et à une discopathie lombaire touchant tous

les niveaux, dans un contexte d'attitude dextro-scoliotique de la colonne lombaire centrée sur L2-L3 ;

- un rapport du 9 février 2022 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, faisant mention que la situation s'était largement péjorée depuis environ trois semaines, l'assuré ayant des douleurs permanentes para-lombaires droites avec irradiation dans la partie distale du territoire L5 droit et souffrant de lombalgies et d'une sciatalgie L5.

**e)** Faisant suite à un avis SMR du 1<sup>er</sup> avril 2022 de la Dre W.\_\_\_\_\_, l'intimé a, par courrier du 4 avril 2022, informé l'assuré qu'il admettait que l'aggravation de l'état de santé était rendue plausible et qu'il poursuivait l'instruction, sa décision du 10 janvier 2022 étant nulle et non avenue.

**f)** Dans un rapport du 23 avril 2022 adressé à l'OAI, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que compte tenu d'une situation défavorable, l'assuré avait bénéficié d'une décompression neurochirurgicale des trois niveaux le 5 avril 2022 par le Dr V.\_\_\_\_\_. Il a posé les mêmes diagnostics que ceux de son rapport du 31 décembre 2020, hormis celui de maladie de reflux, et a attesté une capacité de travail nulle depuis 2007 en raison de l'état psychiatrique, avec une interférence de la pathologie vertébrale depuis 2016. Sur le plan purement théorique en rhumatologie, une activité offrant des alternances de postures sans port de charges pourrait difficilement être envisagée au-delà de 40 % jusqu'au 12 août 2019, puis l'incapacité de travail était totale dès cette date. Pour lui, le pronostic restait sombre compte tenu du caractère très intriqué de cette situation axiale vertébrale avec des sciatalgies à bascule handicapante à droite, d'une part, et, d'autre part, un équilibre psychologique très précaire. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : activités essentiellement statiques aussi bien assise que debout, alliées à une restriction de la déambulation, les activités en porte-à-faux et le port de charges au-delà de 5 kg étaient mal tolérés ainsi que toutes les activités en zone haute ou basse lors du port de charges.

**g)** Le Dr N. \_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 2 juin 2022 adressé à l'OAI, indiqué suivre l'assuré depuis le 27 janvier 2020 et a attesté une incapacité de travail totale dès cette date. Il a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble de l'humeur sous la forme d'un épisode actuel dépressif d'intensité moyenne, syndrome somatique dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent (F31.11), de trouble mixte de la personnalité, histrionique avec éléments d'une personnalité évitante (F60.8), de syndrome douloureux chronique (lombaire et sciatique) et de trouble de l'attention chez l'adulte. Il a précisé que les antécédents de 2006 pourraient faire ranger cet épisode dans le cadre d'un trouble bipolaire de type II (F31.3). Il a également décrit les limitations fonctionnelles suivantes : fragilité psychique et émotionnelle liée au trouble de l'humeur, fragilité et instabilité sentimentale (traits de personnalité histrionique), perte d'énergie et difficultés de concentration, fatigabilité en relation aux troubles du sommeil, périodes de décompensations régulières et prolongées, limitations physiques liées au syndrome douloureux chronique, sensibilité exagérée au bruit avec peine à se concentrer, sensibilité exagérée aux conflits et besoin de reconnaissance et d'appuis (personnalité histrionique), problématique des Hauts Potentiels, besoins de stimulation intellectuelle, se décourage, s'ennuie, désinvestissement périodique, perte de sens, idées noires, procrastination, évitement qui côtoie une forme de phobie de l'action et limitation fonctionnelle importante sur le plan exécutif aussi liée aux troubles de l'attention depuis l'enfance. Il a également précisé que, pour des choses simples de la vie quotidienne, l'assuré se perdait en conjecture, examinait toutes les possibilités, dans un état d'excitation mentale (mouvement hypomaniaque) qui le laissait « à l'aube » épuisé mentalement, incapable d'agir et « au trente-sixième en dessous ». Il a enfin mentionné, s'agissant de la médication, que l'expérience de 2006 l'incitait à la prudence sur le plan médicamenteux dans la mesure où il existait un danger d'induire un état mixte avec des antidépresseurs. Il se contentait ainsi d'une médication intermittente de Triticco, d'anxiolytique et de prescription de divers somnifères. Il complétait la médication antalgique selon les symptômes (Tramadol, anti-inflammatoires) et Ritaline par période pour stimuler le patient à faire face à ses obligations.

**h)** Par avis SMR du 27 juin 2022, la Dre W. \_\_\_\_\_ a estimé que l'état de l'assuré n'était pas stabilisé sur le plan somatique compte tenu de l'opération du 5 avril 2022 et qu'il fallait interroger le Dr V. \_\_\_\_\_ à partir du 5 juillet 2022 afin de connaître les suites de l'intervention. Sur le plan psychiatrique, elle a indiqué que le Dr N. \_\_\_\_\_ apportait un nouvel éclairage sur la problématique psychiatrique en soulevant la question d'un trouble bipolaire et d'un trouble de la personnalité avec une simulation comme diagnostic différentiel.

**i)** Le 1<sup>er</sup> septembre 2022, l'OAI a annexé un questionnaire du 7 juillet 2022 rempli par le Dr V. \_\_\_\_\_ faisant état d'une bonne évolution de l'état de santé de l'assuré depuis l'intervention et posant le diagnostic de lombalgies post décompression avec les limitations fonctionnelles suivantes : port de charges limité et possibilité de changer de position. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, il a indiqué qu'il n'avait pas donné de nouvel arrêt de travail et que, concernant l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée, il n'avait pas revu l'assuré depuis le 27 juin 2022.

**j)** Le 5 septembre 2022, l'OAI a réceptionné les rapports suivants :

- un protocole opératoire du 5 avril 2022 pour une fenestration interlaminaire L3-L4 et L4-L5 droite et décompression en *cross-over* d'un canal étroit en technique microchirurgical et décompression microchirurgicale des recessi latéraux L5-S1 ;

- un rapport du 17 avril 2022 relatif à une IRM lombaire concluant à un status post décompression de L3 à S1 avec développement d'hématomes non compressifs au niveau des sites d'hémi laminectomies droites, notamment en L3-L4, et signe d'épidurite pouvant être de nature inflammatoire réactionnelle compte tenu du contexte post-opératoire récent, l'examen ne permettant pas d'exclure une éventuelle surinfection, à une fine collection liquidienne sous-cutanée évoquant en première

hypothèse un sérome sans argument actuellement pour une collection abcédée (une éventuelle surinfection ne pouvant être exclue) et à l'absence de signe de spondylodiscite ;

- un rapport du 11 mai 2022 relatif à une IRM du rachis lombaire concluant à l'absence de sténose canalaire après décompression L3-S1, à une diminution de la collection épidurale paramédiane droite en L3-L4, à des protrusions discales et arthrose facettaire responsables d'une sténose des trous de conjugaison droits en L4-L5 et L5-S1, susceptible d'irriter les racines L4 et L5 droites ;

- des rapports des 16 mai et 27 juin 2022 du Dr V. \_\_\_\_\_ indiquant que l'assuré évoluait lentement favorablement, qu'il se plaignait surtout de lombalgies en position assise et que les douleurs, surtout lombaires, pourraient être discutées avec le Dr L. \_\_\_\_\_ en vue d'un éventuel programme de reconditionnement lombaire, voire d'effectuer une école du dos ambulatoire ou en milieu hospitalier.

**k)** Par avis du 15 septembre 2022, la Dre W. \_\_\_\_\_ du SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire de rhumatologie et de psychiatrie, qui a été confiée au Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et au Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, auprès de I. \_\_\_\_\_, à [...].

**l)** Selon le rapport d'expertise du 5 décembre 2022, l'examen clinique psychiatrique d'une heure a été effectué le 16 novembre 2022 et l'examen rhumatologique de plus d'une heure a été fait le 22 novembre 2022. L'expert rhumatologique a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'arthropathie inflammatoire, de spondylo-discarthrose étagée lombaire, de sténose foraminale, d'arthropathie postérieure, de remaniement dégénératif de l'articulation sacro-iliaque, de perte de la lordose physiologique, de déconditionnement global et de syndrome lombo-vertébral avec déconditionnement global. Sans incidence sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics de status post fracture et de HTA [hypertension artérielle] stabilisée sous Exforge. L'expert

psychiatrique a posé le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Ils ont attesté une capacité de travail nulle du point de vue rhumatologique dans l'activité habituelle et entière, avec une diminution de rendement de 10 %, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port de charges de plus de 10 kg de façon répétée, alterner les différentes positions assis/debout, éviter de surcharger le rachis avec les mouvements de flexion-extension ou en porte-à-faux et éviter de monter et descendre les échafaudages. L'expert rhumatologue a encore précisé que la capacité de travail dans une activité adaptée avait été nulle de février à juin 2022 en lien avec l'opération du 5 avril 2022.

**m)** Par courrier du 16 janvier 2023, l'OAI a imparti à l'assuré un délai de dix jours pour lui faire parvenir d'éventuelles questions à poser aux experts, en précisant que le SMR souhaitait obtenir des précisions de leur part.

Par avis SMR du même jour, la Dre W. \_\_\_\_\_ a estimé que les experts devaient répondre à des questions complémentaires et a indiqué ce qui suit [sic] :

#### « **Appréciation**

Nous dirons d'emblée que l'expertise présente des lacunes et certaines contradictions. A noter que la numérotation des chapitres dans les deux expertises spécialisées (parties non-consensuelles) ne suit pas fidèlement le canevas qui a été transmis aux experts, principalement au chapitre 7. Il en résulte que certaines questions pourtant essentielles ont été éludées, particulièrement celles relatives à l'analyse approfondie de la cohérence, et concernant une discussion et appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier. Globalement, les conclusions médico-asséculo-logiques sont peu étayées.

Sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles manquent de précision, notamment à propos de la tolérance à la position assise chez cet assuré informaticien. Il nous semble également peu plausible que la CT horaire soit totalement nulle dans l'activité habituelle (d'informaticien), même si on peut comprendre que la nécessité d'alterner les positions rende les longs vols en avion difficiles.

En outre, à la question de savoir si les symptômes ou les pertes de fonctionnalité dont se plaint l'assuré sont cohérents et plausibles, et

si les résultats de l'examen sont valides et compréhensibles, l'expert le Dr S.\_\_\_\_\_ répond : « *Ils sont tout à fait cohérents au vu des résultats de l'examen qui sont valides et compréhensibles.* » Toutefois, il ne dit pas si le handicap allégué est cohérent. Or, l'expert psychiatre retient de son côté *une majoration des symptômes physiques pour motif psychologiques* chez un assuré démonstratif. Il précise : « *le volet somatique, algique exploré ailleurs ne peut être retenu comme cohérent et plausible par l'expert psychiatre en raison d'une démonstrativité avec histrionisme* ». Au final, l'expert somaticien estime que le socle organique est cohérent mais l'expert psychique pense qu'il ne l'est pas. Ces conclusions ne sont pas cohérentes entre elles sans une discussion consensuelle solidement argumentée.

Sur le plan psychiatrique, il nous semble également essentiel que l'expert passe en revue des diagnostics différentiels et discute de façon approfondie les divergences entre sa position et celles du psychiatre traitant. On rappelle que, dans son RM 02.06.2022, le Dr N.\_\_\_\_\_ propose un diagnostic différentiel avec un Trouble bipolaire. Il y décrit une clinique compatible avec un Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F31.11) et un Trouble mixte de la personnalité, histrionique avec éléments d'une personnalité évitante F60.8. Il retient également un Trouble de l'attention chez l'adulte chez un assuré à l'intelligence supérieure, philocognitif, souffrant dès l'enfance un trouble de l'attention. Il décrit également un assuré dysfonctionnel dans les activités de la vie quotidienne et rapporte une propension à la « *théâtralité qui cache un trouble de l'identité alternant avec une forme d'isolation oppositionnelle (divided self); ne laisser personne avoir « le pas sur soi », avec conduites d'autosabotage. Ce mécanisme de défense inconscient peut devenir chez mon patient une limitation fonctionnelle importante car il suscite l'hostilité et des réactions négatives chez un éventuel employeur ou dans des mesures de réhabilitation (cf. contre attitude de l'expert).* Il sera accusé de « *mauvaise volonté* », de simulation. » Or, l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ ne permet pas de savoir comment il se positionne par rapport à l'appréciation du psychiatre traitant.

**n)** Faisant suite à un courrier du 30 janvier 2023 du conseil du recourant demandant une prolongation de délai pour poser ses éventuelles questions aux experts, l'OAI lui a accordé un ultime délai au 1<sup>er</sup> mars 2023, faute de quoi il enverrait l'avis SMR précité au centre d'expertise.

**o)** Le 2 mai 2023, les experts ont complété leur expertise ainsi [sic] :

« Par la présente et suite à votre correspondance du 7 mars dernier, nous vous transmettons ci-dessous réponse des experts :

**1. Pourriez-vous préciser le diagnostic « arthropathie inflammatoire ».**

On entend par arthropathie inflammatoire l'atteinte dégénératives avec poussée inflammatoire, sans argument pour une pathologie inflammatoire type spondylarthropathies ou autres.

**2. Pourriez-vous préciser en quoi la perte de lordose physiologique a une incidence sur la capacité de travail ? Et en quoi le déconditionnement global a-t-il une incidence sur la CT dans une activité habituelle qui semble exiger peu d'engagement physique ?**

La lordose physiologique contribue aux limitations fonctionnelles ainsi que le déconditionnement justifiant une baisse de rendement initial de 10 % pour atteindre 0% dans un délai de 3 mois.

**3. Merci de préciser de façon minutieuse les limitations fonctionnelles rhumatologiques, notamment :**

**a. Quelle est la tolérance de la position statique assise respectivement debout (en durée) ?**

Assise 30 mn  
Debout 30 mn  
Marche 30 mn

**b. Quel est le périmètre de marche ?**

30 mn

**c. A quelle fréquence l'assuré doit-il alterner les positions ?**

A sa convenance.

**d. Des pauses sont-elles nécessaires ? Si oui à quelle fréquence et de quelle durée ? Et pourquoi faire ?**

Non.

**4. Quelle est la CT horaire dans l'activité d'informaticien (qui n'exigerait pas de vol fréquent en avion) ? Merci de préciser également la baisse éventuelle de rendement (par exemple pour l'alternance des positions, des pauses supplémentaires, etc) ?**

Ct horaire dans l'activité d'informaticien est de 8h30.  
Baisse de rendement de 10% en raison du déconditionnement pour une durée de 3 mois pour atteindre 0%

**5. Le handicap allégué dans la vie quotidienne en lien avec l'atteinte somatique est-il cohérent avec les constatations objectives ?**

Les plaintes rapportées comme invalidantes ne sont pas retrouvées à l'examen somatique en dehors d'un syndrome lombaire.

**6. En cas de mise en œuvre des mesures thérapeutiques préconisées (expertise page 49), quels sont les bénéfices attendus sur le plan clinique et en termes de capacité de travail ? Et dans quel délai ? Ces mesures sont-elles exigibles (l'assuré est-il capable de s'y soumettre) ?**

Les mesures apportent un reconditionnement et un renforcement musculaire certains contribuant à la baisse des douleurs rachidiennes et améliorant la CTAA dans un délai de 3 à 6 mois. Les mesures sont a fait exigibles et l'assuré est capable de s'y soumettre.

**7. Sur le plan psychiatrique merci de préciser sur quels critères le diagnostic de *Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques* est retenu, alors que l'expert somaticien estime que les plaintes somatiques sont cohérentes avec les constatations objectives.**

Le diagnostic Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est, comme indiqué dans notre travail, un diagnostic d'exclusion.

Dans cette situation il peut être retenu, sans impact sur la CT, car il existe un histrionisme et une insatisfaction vis à vis des investigations médicales. Il s'agit là des items séméiologiques pour ce faire.

**8. Quelles sont les constatations qui conduisent l'expert psychiatre à retenir de « l'histrionisme ». Une recherche d'attention ou de séduction inappropriée est-elle constatée ? Merci de donner des exemples concrets.**

L'histrionisme est différent de la démonstrativité. L'assuré ne répond pas ou répond « à côté » à certaines questions. Sthénique durant notre examen il apparaît asthénique au sortir de celui-ci.

**9. Nous prions l'expert psychiatre de bien vouloir se positionner de façon argumentée par rapport aux diagnostics proposés par le Dr N.\_\_\_\_\_.**

L'absence de psychopathologie spécifique est décrite au sein de notre travail :

- Il n'existe pas d'atteinte cérébro organique chez un assuré non confus qui a maintenu un focus d'attention efficace.

- L'assuré est exempt de manifestation psychotique Floride, il n'est ni délirant, ni dissocié, le rapport à la réalité n'est pas altéré. Nous n'avons pas observé de signes directs ou indirects de manifestation hallucinatoires et ce, quelques soient les registres envisagés, et notamment cénesthésiques dans cette situation.

- Monsieur ne procède pas d'un éventuel épisode dépressif F32, ceci est exploré en page 51.

- L'assuré ne rapporte pas d'anxiété épisodique paroxystique au sein desquelles il craindrait de mourir ou de devenir fou, il n'a pas recours à des anxiolytiques massives.

- monsieur n'a pas développé d'éventuel syndrome de dépendance à une substance psychoactive active.

**10. Nous souhaitons également qu'il se positionne vis-à-vis de l'analyse du Dr N. \_\_\_\_\_ concernant l'évolution de la personnalité de l'assuré.**

Le rapport médical de février 2022 du N. \_\_\_\_\_ ne mentionne pas de trouble spécifique F60 ou F61 de la personnalité.

Une appréciation antérieure par le Dr K. \_\_\_\_\_ use de vocabulaire psychoanalytique nécessairement subjectifs. Ceci s'éloigne d'une appréciation factuelle, strictement médicale, psychiatrique.

**11. En particulier, nous prions l'expert d'expliquer sur quels éléments il s'appuie pour retenir que l'assuré n'est « pas porteur d'un éventuel trouble spécifique F60 de la personnalité » ou de traits de personnalité.**

L'anamnèse infanto-juvénile est exempte des éventuels traumatismes recherchés en pratique experte tels que abus sexuels, maltraitance physique ou carence affective.

Le développement et sa scolarité se déroulèrent sans accroc notable jusqu'en 2ème année de l'EPFL. Monsieur a correctement fonctionné jusqu'aux faits en cours aujourd'hui. Il n'a pas de problème avec les justices pénale et/ou civile.

**12. Finalement, quels est/sont les diagnostics psychiatriques pouvant être retenus (merci de préciser s'ils sont incapacitants/non-incapacitants).**

La situation psychiatrique de cet assuré est sans particularité incapacitante éventuelle.

**13. Le cas échéant, merci de préciser depuis quand on peut les retenir, quelles sont les LF et la CTAH/CTAA.**

La question tombe. »

**p)** Par avis SMR du 9 mai 2023, la Dre W. \_\_\_\_\_ a considéré ce qui suit :

**« Appréciation**

Au final, quoiqu'argumentées parfois de façon succincte, nous nous rallions aux conclusions de l'expertise du 05.12.2022 et complément d'expertise du 02.05.2023 de I. \_\_\_\_\_.

Sur le plan rhumatologique, dans son avis du 11.08.2016, le SMR avait précédemment retenu une capacité de travail de 100 % dans

l'activité habituelle d'informaticien, sous réserve de mesures d'épargne du dos et d'un programme sportif pour lutter contre le déconditionnement. La CASSO avait d'ailleurs validé cette position dans son arrêt du 14.07.2020 confirmé par le TF en 2021. Sur la base des RM au dossier et de l'expertise de I.\_\_\_\_\_, en dehors d'une période d'IT totale en lien avec la période d'aggravation en février 2022, qui a conduit à une chirurgie lombaire en avril 2022, avec une stabilisation et une bonne évolution selon le Dr V.\_\_\_\_\_ dès mai 2022, il n'y a pas eu d'aggravation notable. En tout, l'expertise permet de valider une IT d'un maximum 4 à 6 mois avec à nouveau une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à partir de fin juin 2022 (cf expertise page 26). Par la suite, nous admettons une diminution de rendement résiduelle de 10% en raison d'un syndrome lombo-vertébral constaté lors de l'expertise et nécessitant que l'assuré doive changer de position régulièrement.

Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique d'expertise permet d'exclure de façon plausible la présence d'une psychopathologie incapacitante, notamment dans les lignées psychotique, anxieuse et thymique. En ce qui concerne la personnalité, nous rappelons que l'expertise de la Dre E.\_\_\_\_\_ de 2017 n'avait pas retenu de diagnostic en lien avec un trouble de la personnalité, quand bien même des difficultés d'ordre socio-économiques et une désinsertion socioprofessionnelle de très longue date étaient relevées. Aujourd'hui, il n'y a pas plus d'argument en faveur d'un trouble de la personnalité ou d'une autre atteinte psychiatrique incapacitante. Les difficultés socio-économiques sont anciennes et n'ont pas été mises en relation avec un trouble de la personnalité dans le passé. Il n'y a pas d'argument nouveau permettant de revenir sur cette position.

En 2017, l'experte Dre E.\_\_\_\_\_ avait retenu une *dysthymie* et parlait de *simulation consciente avec motivation claire* (Z76.5). Aujourd'hui, l'expert ne retient pas de trouble de la lignée dépressive ni de dysthymie, toutefois une humeur en « gris » semble ressortir de l'anamnèse, allant dans le sens de la dysthymie retenue en 2017 raison pour laquelle nous reprenons ce diagnostic dans les atteintes sans répercussion sur la CT.

En ce qui concerne les éléments discordants entre les plaintes somatiques et le handicap allégué d'une part et les constatations objectives d'autres part, l'expert Dr H.\_\_\_\_\_ retient aujourd'hui une *Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques*. A propos de l'« *histrionisme* » mentionné par l'expert, nous sommes d'avis qu'il ne s'en explique pas clairement. Toutefois, ce qualificatif ainsi que le constat d'une *démonstrativité* et le fait que l'assuré ne réponde pas, ou réponde à côté de certaines questions, vont dans le sens d'un comportement majorant et/ou d'une collaboration partielle, tels qu'ils avaient déjà été constatés en 2017. A cet égard, il n'y a rien de nouveau.

Au final, sur le plan psychiatrique, l'expertise permet d'exclure une aggravation durable depuis l'expertise de la Dre E.\_\_\_\_\_. Sur le plan rhumatologique, elle nous conduit à admettre une IT de 100% de février 2022 au 27.06.2022, date de la dernière consultation post-op du Dr V.\_\_\_\_\_ avec évolution favorable. Depuis lors, la CT est de 100% dans une activité adaptée, avec diminution de rendement de 10% en raison des douleurs lombaires résiduelles et

du déconditionnement, améliorables après une période de reconditionnement de 3-6 mois. L'activité habituelle est exigible pour autant qu'elle respecte les limitations fonctionnelles.

Pour le reste, nous considérons que l'appréciation du psychiatre traitant, Dr N. \_\_\_\_\_ correspond à une appréciation différente d'une même situation médicale, telle que constatée par les experts en 2017 et 2022. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une aggravation de l'état psychique.

En résumé :

**Atteinte principale à la santé :** lomboscotalgies chroniques sur Spondylodiscarthrose pluriétagée, Syndrome lombo-vertébral avec déconditionnement global, s/p prise en charge chirurgicale le 05.04.2022 par Fenestration interlaminaire L3-L4 et L4-L5 droite et décompression en cross-over d'un canal étroit en technique microchirurgicale et décompression microchirurgicale des recessi latéraux L5- S1

**Facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI :** F 68.0: Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Dysthymie. Status post fracture. HTA traitée

**Début de l'IT durable :** 100% de février 2022 à fin juin 2022. 10% depuis fin juin 2022 (diminution de rendement)

**CT dans l'activité habituelle (respectant les LF) :** 100% avec diminution de rendement de 10%

**CT dans une activité adaptée :** idem

**Limitations fonctionnelles :** éviter de porter des charges de plus de 10kg, les mouvements en porte-à-faux, surcharger le rachis, en évitant de monter ou descendre des échelles, des échafaudages et des escaliers et en évitant de se pencher en avant. Alternance des différentes positions assis/debout toutes les 30 minutes, si possible à la guise de l'assuré. Pas de position statique assise prolongée (notamment dans des vols de longue distance).

**Début de l'aptitude à la réadaptation :** pas nécessaire

**Mesures thérapeutiques :** Un reconditionnement et un renforcement musculaire pourront contribuer à la baisse des douleurs rachidiennes et améliorer la CTAA dans un délai de 3 à 6 mois. Les mesures sont exigibles et l'assuré est capable de s'y soumettre.

**Révision :** -- »

**q)** Par projet de décision du 11 mai 2023, l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. S'il reconnaissait une totale incapacité de travail de février à mai 2022, une capacité de travail et de gain de 100 %, avec une baisse de rendement de

10 %, était en revanche exigible dès le mois de juin 2022 dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « éviter de porter des charges de plus de 10 kg, les mouvements en porte-à-faux, surcharger le rachis, en évitant de monter ou descendre des échelles, des échafaudages et des escaliers et en évitant de se pencher en avant. Alternance des différentes positions assis/debout toutes les 30 minutes, si possible à la guise de l'assuré. Pas de position statique assise prolongée (notamment dans des vols de longue distance) ». Il a précisé que la dernière activité respectait ces limitations et que le degré d'invalidité était de 10 %, n'ouvrant ainsi pas le droit à une rente, ni à des mesures professionnelles. Ce projet précisait qu'un délai de trente jours était imparti à l'assuré pour faire part de ses objections.

**r)** Le 13 juin 2023, l'OAI a réceptionné un rapport du 5 avril 2023 du Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, demandant un bilan de sommeil détaillé pour l'assuré qui présentait un syndrome d'apnée du sommeil appareillé, mais avec persistance de troubles du sommeil pour lesquels il y avait eu diverses prescriptions associées, comme du Modasomil. Il semblait toutefois que l'aspect pneumologique était resté comme principale explication, ce dont le Dr B.\_\_\_\_\_ n'était pas sûr chez un patient qui avait également des antécédents psychologiques et cognitifs en cours d'investigation avec un bilan neuropsychologique et une IRM cérébrale. Il a encore précisé que le statut neurologique était globalement normal et que l'assuré était suivi pour une enthésopathie de la hanche droite avec inflammation tendineuse des muscles fessiers, qui justifierait probablement une infiltration ciblée.

**s)** A l'appui de ses objections du 14 juin 2023 contre le projet de décision du 11 mai 2023, l'assuré, par son conseil, a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a fait valoir qu'il était en totale incapacité de travail et a sollicité un délai au 31 juillet 2023 pour compléter ses objections et produire des rapports médicaux.

**t)** Le 19 juin 2023, l'OAI a fait parvenir au conseil de l'assuré une copie de son dossier et lui a accordé un délai supplémentaire au 31

juillet 2023 pour lui faire part de ses objections complémentaires en l'avertissant que, passé ce délai et sans nouvelles de sa part, il notifierait la décision sur la base des éléments en sa possession.

**u)** Par courrier du 31 juillet 2023, l'assuré a informé l'OAI qu'il était dans l'attente de rapports médicaux, ayant eu des examens le 24 juillet précédant, ainsi que d'une réponse d'un psychiatre à sa demande d'examen, qui ne pourrait de toute façon pas avoir lieu avant plusieurs mois en raison d'une surcharge de travail de ce psychiatre. Il a dès lors requis une prolongation de délai de trois mois pour produire ces rapports.

**v)** Par décision du 22 août 2023, confirmant son projet du 11 mai précédant, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré en reprenant les motifs énoncés dans son projet de décision. Par courrier séparé du même jour, se fondant sur un avis juriste du 22 août 2023, il a pris position sur les objections de l'assuré et a notamment expliqué avoir constaté que sa contestation n'était pas motivée et qu'il ne démontrait pas en quoi on pourrait douter de la position retenue dans le projet de décision. Dès lors, il refusait d'attendre et statuait sur la contestation par appréciation anticipée des preuves au motif que le dossier était complet, que les pièces actuellement au dossier avaient permis de statuer en connaissance de cause et que les pièces qui seraient fournies ne seraient pas de nature à modifier sa position.

**D.** **a)** Par acte du 22 septembre 2023, A.\_\_\_\_\_, sous la plume de son mandataire, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant préliminairement à être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que lui soit octroyée une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2021 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Il a également requis la tenue d'une audience publique. Sur le fond, il a tout d'abord fait valoir une violation de son droit d'être entendu, du principe de l'égalité des armes et du droit à une double instance, dès lors que l'intimé avait refusé de lui accorder une seconde prolongation de

délai pour compléter ses objections du 14 juin 2023, alors qu'il était dans l'attente de rapports et d'une réponse d'un médecin pour une contre-expertise. Il a ensuite remis en cause la valeur probante de l'expertise du 5 décembre 2022 de I.\_\_\_\_\_. Il a relevé que la numérisation des chapitres ne suivait pas fidèlement le plan transmis par l'OAI, notamment au chapitre 7, ce qui avait comme conséquence que certaines questions, pourtant importantes, avaient été éludées. Il s'agissait notamment de la question relative à l'analyse approfondie de la cohérence et de celle concernant une discussion et une appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier. La discussion consensuelle restant absente du rapport complémentaire du 2 mai 2023, celui-ci n'avait pas permis de remédier à cette lacune. Il a ensuite allégué qu'il existait une contradiction importante entre les appréciations de chaque expert en lien avec la cohérence de l'examen, l'expert rhumatologue ayant retenu que les symptômes étaient cohérents compte tenu des résultats de l'examen, alors que l'expert psychiatre retenait une majoration des symptômes. Le recourant a encore relevé une contradiction à la page 58 du rapport d'expertise lorsque l'expert psychiatre notait que la fluidité idéique était normale, tout en expliquant qu'il apparaissait fixé au sein d'une posture d'invalidé. Également à la page 58, le recourant a relevé que l'expert psychiatre retenait qu'il était démonstratif au simple motif qu'il avait demandé une modification de la disposition des coussins de son fauteuil d'examen. Ensuite, l'expert psychiatre ne se prononçait pas sur les différents diagnostics retenus par le psychiatre traitant et se limitait à quelques phrases succinctes dans le complément. L'expert n'expliquait pas non plus clairement les raisons pour lesquelles il faisait état d'un histrionisme sans retenir de psychopathologie alors que l'histrionisme était un trouble de la personnalité (F60.4). Enfin, il était étonnant de constater que seul l'expert psychiatre mentionnait qu'il était un simulateur, au contraire de ses médecins traitants.

**b)** Par décision du 22 novembre 2023, la juge instructrice alors en charge du dossier a octroyé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 22 septembre 2023, a désigné Me Jean-Michel Duc en qualité de

mandataire d'office et a exonéré le recourant des frais judiciaires et de leur avance, tout en l'astreignant à payer une franchise mensuelle.

**c)** Dans sa réponse du 19 décembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée en renvoyant notamment à sa correspondance du 22 août 2023 et en relevant qu'aucune pièce médicale n'avait été fournie à l'appui du recours.

**d)** Par déterminations du 26 janvier 2024, le recourant a à nouveau remis en cause la valeur probante de l'expertise du 5 décembre 2022 en se référant à un courriel du 21 septembre 2023 du Dr N.\_\_\_\_\_, produit en annexe.

**e)** Le 27 février 2024, l'OAI a transmis un avis médical établi le 6 février 2024 par la Dre W.\_\_\_\_\_, du SMR, selon lequel le rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément nouveau ou qui aurait été méconnu, ni ne suggérait que l'état de santé du recourant se soit aggravé depuis l'expertise. Aussi, ses critiques étaient peu étayées, sans argument susceptible de remettre en question les conclusions de l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ ou de justifier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

**E.** Le dossier de la cause a été repris par la juge soussignée à partir du 1<sup>er</sup> mars 2024, à la suite du départ à la retraite de la magistrate alors en charge de celui-ci.

### **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.** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, comme en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**3.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa troisième demande du 11 février 2021. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17 LPGA, l'intimé était en droit de nier une péjoration de l'état de santé depuis la décision de refus de rente du 22 mai 2019.

**4.** Dans un premier moyen de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, du principe de l'égalité des armes et du droit à une double instance.

**a)** Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes et d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de

preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

**b)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, l'art. 57a LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, prévoit plus particulièrement que l'office AI communique à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations, ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée, ainsi que toute décision qu'il entend prendre au sujet d'une suspension à titre provisionnel des prestations (al. 1, première

phrase). L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA (al. 1, deuxième phrase). Les parties peuvent faire part de leurs observations concernant le préavis dans un délai de trente jours (al. 3). Ce délai de trente jours est un délai légal et, par conséquent, non prolongeable (cf. Message du Conseil fédéral du 2 mars 2018 concernant la modification de la LPGA [FF 2018 1597, 1636] ; cf. art. 40 al. 1 LPGA ; TF 8C\_21/2024 du 24 juin 2024 consid. 3.2.1 et la référence citée).

**c)** Par courrier de son avocat du 14 juin 2023, le recourant a déclaré s'opposer au projet de décision du 11 mai 2023 en faisant valoir qu'il était en incapacité totale de travail. Il a en outre sollicité qu'un délai lui soit accordé au 31 juillet 2023 afin de compléter ses objections, étant dans l'attente de rapports médicaux. Le 19 juin 2023, l'intimé lui a fait parvenir une copie de son dossier et a accepté de prolonger au 31 juillet 2023 le délai pour faire valoir ses éventuelles objections complémentaires, en précisant que passé ce délai, et sans nouvelle de sa part, il notifierait la décision sur la base des éléments en sa possession. Le 31 juillet 2023, le recourant a sollicité une nouvelle prolongation de trois mois du délai pour produire des rapports médicaux. Sans répondre à cette demande de prolongation, l'intimé a notifié la décision du 22 août 2023.

Tout d'abord, il convient de constater que le recourant a, *de facto*, disposé d'un délai de plus de deux mois supplémentaires au délai légal (non prolongeable) de l'art. 57a al. 3 LAI, pour compléter ses objections et déposer des pièces médicales complémentaires. Dans ce délai, le recourant a produit le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 5 avril 2023. Par ailleurs, ce délai était suffisant pour compléter ses objections – étant rappelé qu'elles doivent en principe être formulées de manière complète dans le délai légal non prolongeable de l'art. 57a al. 3 LAI – en indiquant au minimum ce qu'il contestait dans l'expertise du 5 décembre 2022 et son complément du 2 mai 2023. C'est le lieu de relever que le recourant a eu la possibilité de poser des questions supplémentaires aux experts avant qu'ils ne rendent leur rapport complémentaire, ce qu'il n'a pas fait (cf. courriers des 16 et 30 janvier 2023). En outre, s'agissant de la contre-expertise psychiatrique pour laquelle le recourant prétend que le délai à

sa disposition aurait été trop court, il n'a pas même produit une quelconque pièce attestant de ses démarches tendant à la mise en œuvre d'une telle mesure (courrier à un psychiatre, rendez-vous ou autre), de sorte que l'OAI ne disposait d'aucun moyen de vérifier que de telles démarches avaient été entreprises. A cet égard par ailleurs, contrairement à ce que semble penser le recourant, on ne saurait retenir que seule une expertise privée pouvait permettre de remettre en cause l'appréciation des experts. On rappellera que selon la jurisprudence, l'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c). Aussi, des avis de médecins traitants peuvent suffire à remettre en cause les conclusions d'une expertise, si ceux-ci font état d'éléments objectifs et pertinents ignorés dans le cadre de l'expertise (arrêt 8C\_685/2023 du 28 mars 2024 consid. 5.1 et l'arrêt cité). Or le délai à la disposition du recourant était suffisant pour déposer de tels avis. Quant aux examens médicaux qu'il aurait subis le 24 juillet 2024 - pour lesquels il n'a précisé ni de quels examens il s'agissait, ni auprès de quel médecin - la décision a été rendue près d'un mois plus tard, délai qui aurait largement permis au recourant de produire un rapport médical y relatif.

Au vu de ces éléments, on ne distingue aucune violation du droit d'être entendu du recourant devant l'autorité précédente.

Quoi qu'il en soit, une éventuelle violation de ce droit serait réparée devant la Cour de céans, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (cf. art. 61 let. c LPGA), et devant laquelle le recourant a pu faire valoir l'entier de ses moyens et produire toute pièce qu'il jugeait utile. A cet égard, il n'a produit aucune pièce nouvelle dans le cadre de la présente procédure, hormis le courriel du Dr N. \_\_\_\_\_ du 21 septembre 2023, alors qu'il a disposé d'un délai supérieur aux 3 à 6 mois dont il prétend qu'ils étaient nécessaires à l'établissement d'une contre-expertise.

**d)** Le recourant prétend encore que l'absence de prolongation du délai pour compléter ses objections et produire ses pièces constituerait une violation du principe d'égalité des armes, se référant en particulier à l'ATF 135 V 465.

Selon cette jurisprudence, il découle du principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 par. 1 CEDH, que l'assuré a le droit de mettre en doute avec ses propres moyens de preuve la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par un médecin interne à l'assurance. S'il y parvient, il incombera à l'autorité de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 ; TF 8C\_454/2023 du 19 décembre 2023 consid. 4.1.2). En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'une expertise indépendante si bien que la jurisprudence citée n'est pas pertinente. Quoi qu'il en soit, dans la mesure où le recourant a disposé d'un délai suffisant pour formuler ses objections et produire d'éventuels avis médicaux remettant en cause l'appréciation des experts – qui ont remis leur rapport en décembre 2022 et leur complément le 2 mai 2023 – on ne distingue pas en quoi le principe d'égalité des armes aurait été violé, le recourant ne l'exposant d'ailleurs pas, au-delà de considérations toutes générales. Il en va de même du principe de la double instance, dont le recourant – dûment représenté par un mandataire professionnel – n'expose aucunement en quoi il aurait été violé en l'espèce, se contentant d'évoquer ce principe, sans autre explication. Les critiques du recourant doivent donc être écartées.

**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 l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

**c)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**6. 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). 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.

**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).

**7. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C\_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, 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). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe 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 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 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).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**8. a)** 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).

**b)** Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs,

appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

**aa)** Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

**bb)** La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une

thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**9.** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée par le recourant. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision du 22 mai 2019, entrée en force, et la décision litigieuse du 22 août 2023, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**a)** La décision de refus de prestations du 22 mai 2019 s'était principalement fondée sur le rapport d'expertise du 20 décembre 2017 de la Dre E.\_\_\_\_\_, qui concluait à une pleine capacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 dans toutes les activités. Par arrêt du 14 juillet 2020 (CASSO AI 247/19 - 256/2020), confirmé par arrêt du 7 septembre 2021 du Tribunal fédéral (9C\_558/2022), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a reconnu une pleine valeur probante à cette expertise, dont les conclusions pouvaient être suivies, et a confirmé la décision du 22 mai 2019.

**b)** Après avoir annoncé une aggravation de son état de santé par courrier du 11 février 2021, le recourant a déposé une troisième demande de prestations le 23 avril 2021 en indiquant une symptomatologie dépressive et une atteinte vertébrale en aggravation depuis mars 2020. Après avoir refusé d'entrer en matière sur cette demande par projet de décision du 10 janvier 2022, l'intimé a ensuite admis une aggravation de l'état de santé du recourant (cf. avis SMR du 1<sup>er</sup> avril 2022). Dans le cadre de l'instruction, il a réceptionné plusieurs rapports des médecins traitants du recourant et a préconisé la mise en

œuvre d'une expertise bidisciplinaire comprenant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique (cf. avis du 15 septembre 2022). Il a confié la réalisation d'une expertise à I.\_\_\_\_\_ afin d'élucider la capacité de travail exigible. Dans le rapport du 5 décembre 2022, le Dr S.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 100 %, avec 10 % de baisse de rendement, dans une activité adaptée. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a, quant à lui, conclu à une capacité de travail totale dans toutes les activités. Si l'intimé s'est fondé sur cette expertise, complétée le 2 mai 2023, pour rendre la décision litigieuse, le recourant a, pour sa part, remis en cause la valeur probante de ces rapports et, en particulier, le volet psychiatrique.

**aa)** Sur le plan somatique, le Dr S.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, d'arthropathie inflammatoire, de spondylo-discarthrose étagée lombaire, de sténose foraminale, d'arthropathie postérieure, de remaniement dégénératif de l'articulation sacro-iliaque, de perte de lordose physiologique, de déconditionnement global et de syndrome lombo-vertébral avec déconditionnement global. Il a également retenu les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de status post fracture et de HTA stabilisée sous Exforge. Ces diagnostics ne sont pas nouveaux, le recourant connaissant des problèmes de dos depuis de nombreuses années. En effet, en 2015 déjà, le Prof. Q.\_\_\_\_\_ faisait état d'une lombalgie en constante augmentation avec des douleurs irradiant aux membres inférieurs des deux côtés, se référant à une IRM qui mettait en évidence une discopathie pluri-étagée de la colonne lombaire (cf. rapport du 11 août 2015), alors que le Dr F.\_\_\_\_\_ mentionnait des douleurs au dos avec effet sur la capacité de travail dans son rapport du 28 août 2015. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a, pour sa part, retenu les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques mécaniques avec troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec discopathies à tous les étages lombaires avec perte de hauteur discale, étalement disco-circonférentiel au niveau L3-L4 et L4-L5, modification de type Modic I et Modic II au niveau des étages L3-L4, L4-L5 et L5-S1, probable micro-instabilité segmentaire et déconditionnement physique global et focal (cf. rapport du 11 décembre

2015). Le Dr P.\_\_\_\_\_ a mentionné des lombalgies chroniques sur discopathie multi-étagée (cf. rapports des 5 juillet, 1<sup>er</sup> décembre 2017 et 18 avril 2018) et le Dr M.\_\_\_\_\_ des lombosciatalgies chroniques depuis des années (cf. rapport du 30 avril 2018). Par rapports des 26 juin 2019 et 31 décembre 2020, le Dr L.\_\_\_\_\_ a notamment posé les diagnostics de spondylodiscarthrose pluri-étagée, de sténose foraminale, d'arthropathie postérieure en poussée congestive, de remaniement dégénératif de l'articulation sacro-iliaque droite et de perte de la lordose physiologique.

Le recourant a cependant annoncé une aggravation de ses lombosciatiques et cervicoscapulalgies depuis mars 2020 (cf. demande de prestations du 23 avril 2021). Cette aggravation, confirmée par le Dr V.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 février 2022, a conduit à une décompression neurochirurgicale le 5 avril 2022. La situation a ensuite évolué favorablement après cette opération (cf. rapport du 7 juillet 2022 du Dr V.\_\_\_\_\_). L'expert a d'ailleurs tenu compte de cette aggravation temporaire, dans la mesure où il a attesté une totale incapacité de travail de février à juin 2022. On notera encore ici que les rapports d'imagerie confirment une amélioration dans la mesure où la sténose canalaire mise en évidence par l'IRM du 7 février 2022 n'était plus présente après l'opération (cf. rapport relatif à une IRM du rachis lombaire du 11 mai 2022). Certes, le recourant s'est encore plaint de lombalgies en position assise après l'opération (cf. rapports des 16 mai et 27 juin 2022 du Dr V.\_\_\_\_\_), sans toutefois que l'on puisse y voir une péjoration de son état, ces plaintes étant déjà existantes avant l'opération. A cet égard, on relèvera que, dans son rapport du 23 avril 2022, le Dr L.\_\_\_\_\_ a, à nouveau, posé les mêmes diagnostics que dans ces deux précédents rapports (cf. rapport du 23 avril 2022), sans faire état d'une quelconque péjoration de l'état de santé du recourant. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr S.\_\_\_\_\_ a retenu l'absence de port de charges de plus de 10 kg de façon répétée, l'alternance des positions assis/debout, pas de surcharge du rachis avec les mouvements de flexion-extension ou en porte-à-faux et éviter de monter et descendre les échafaudages. Ces limitations rejoignent celles retenues par les Drs L.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ dans leurs rapports des 23 avril et 7 juillet 2022. En définitive, on peut

suivre l'expert lorsqu'il retient que la capacité de travail est entière dans l'activité habituelle, avec une baisse de rendement de 10 % (cf. complément d'expertise du 2 mai 2023, réponse à la question 4), hormis pour la période de février à juin 2022 pendant laquelle cette capacité de travail était nulle.

**bb)** Sur le plan psychiatrique, le recourant a émis différentes critiques par rapport à l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_, relayées notamment par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son courriel du 21 septembre 2023.

On commencera par relever que l'examen clinique du Dr H.\_\_\_\_\_ n'a duré qu'une heure lors de l'entretien du 16 novembre 2022, ce qui semble relativement court compte tenu du passé du recourant, qui semble, de plus, avoir besoin de parler et d'être écouté (cf. rapport d'évaluation du 19 juillet 2010). Si le Tribunal fédéral considère, de jurisprudence constante, qu'un entretien de courte durée n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas (TF 9C\_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6), tel n'est toutefois pas le cas en l'occurrence, le volet psychiatrique de l'expertise n'apparaissant guère convaincant. En effet, il frappe par le manque d'informations qu'il contient, notamment le chiffre 3.1 intitulé « indications fournies spontanément par l'assuré dans le cadre d'un entretien ouvert » qui ne contient que trois phrases. Il est en outre étonnant que l'expert n'ait pas mentionné, ni discuté les épisodes dépressifs que le recourant a connus par le passé, notamment en 1994-1996 et entre 2004 et 2008 et le suivi par différents psychiatres au long des années, notamment les Drs [...], [...], [...], [...] et [...] (cf. p. 13 de l'expertise du 20 décembre 2017 de la Dre E.\_\_\_\_\_), puis les Drs J.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des Drs J.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ des 4 janvier 2011, 10 juin 2015, 20 décembre 2017, 17 juillet 2018, 21 juin 2019, 2 février et 2 juin 2022), alors que le recourant a lui-même indiqué qu'en « 2006-2008, [il] étai[t] un mort-vivant » (cf. p. 50 du rapport d'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_). Il est tout aussi étonnant de constater que l'expert n'a pas pris contact avec le Dr N.\_\_\_\_\_, actuel psychiatre traitant qui suit le recourant depuis le 27 janvier 2020. On

relèvera encore que l'expert n'a pas discuté du lien entre le recourant et sa mère, alors que cette relation semblait dysfonctionnelle, comme cela ressort de l'expertise de la Dre E.\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2017, qui mentionnait que sa mère était « autonome sur le plan physique mais serait tordue psychologiquement et lorsque l'assuré lui parle il est sens dessus dessous, sa mère étant un élément central de sa problématique » (cf. p. 8 du rapport). Les Dres D.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont décrit, dans leur rapport du 17 juillet 2018, la relation du recourant avec sa mère comme co-dépendante avec difficulté à couper le cordon ombilical. Enfin, le Dr N.\_\_\_\_\_ a indiqué que le contexte familial pouvait être un obstacle à une réadaptation du fait que le recourant vivait avec sa mère vieillissante et de plus en plus dysfonctionnelle, qu'il perdait beaucoup d'énergie dans cet environnement fantasque et psychotique et qu'il sortait épuisé des discussions avec sa mère. L'expert n'a également pas fait mention de problèmes de sommeil, se limitant à constater que le recourant « se couche » puis se lève vers 7 heures du matin (cf. pp. 52 et 56 du rapport du Dr H.\_\_\_\_\_), alors qu'il ressort du rapport de la Dre E.\_\_\_\_\_ que le recourant se plaignait d'être fatigué dès le réveil, de mal dormir en raison de rêves durant la nuit et de se réveiller déjà anxieux (cf. p. 16 du rapport), que les Dres D.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ ont mentionné que le recourant disait souffrir d'une fatigabilité importante et avoir un sommeil non réparateur et que le Dr N.\_\_\_\_\_ a indiqué une importante perturbation du sommeil, notamment à l'endormissement et avec des réveils fréquents (cf. rapports des 2 février et 2 juin 2022). A cet égard, on notera que le recourant est affecté d'un syndrome d'apnées du sommeil de degré léger traité par CPAP et que le Dr G.\_\_\_\_\_ a mentionné que le recourant se plaignait de réveils nocturnes survenant une à trois fois par nuit, avec l'impression d'un sommeil non réparateur (cf. rapports des 6 décembre 2010 et 18 janvier 2012). Le Dr B.\_\_\_\_\_ a d'ailleurs, dans son rapport du 5 avril 2023, demandé un bilan de sommeil détaillé pour le recourant qui présentait un syndrome d'apnée du sommeil appareillé, mais avec persistance des troubles du sommeil.

L'évaluation des capacités et ressources du recourant est également critiquable. L'expert a indiqué que les ressources ont été

explorées selon la CIF et a conclu, pour une grande partie des rubriques, à l'absence de problème. Il a ainsi retenu que le recourant disposait de ressources conséquentes, notamment qu'il avait des relations proches, qu'il était capable d'évoluer au sein d'un groupe et qu'il était capable de persévérer suffisamment longtemps et pendant le temps habituellement exigé dans une activité professionnelle ou autre en maintenant un niveau de rendement continu (cf. p. 65 du rapport d'expertise). Or il ressort de l'anamnèse que le recourant n'a pas d'entourage, qu'il évite les endroits où il y a du monde et les magasins, que tout lui apparaît impossible par rapport au travail, qu'il « n'arrive plus rien à faire », que la moindre tâche tourne en rond dans sa tête, qu'il a effectué les deux premières années d'études en six ans sans jamais les terminer, qu'il ne travaille plus depuis vingt ans et qu'il a des dettes dont le montant est évalué à 40'000 fr. (cf. pp. 50, 52, 54 et 55 du rapport d'expertise). Quant à son réseau relationnel, il était devenu distant, les gens s'éloignant face à la lourdeur de la situation (cf. p. 55 du rapport d'expertise). A cet égard, on notera que l'expert rhumatologique a relevé que le recourant était très peu aidé par son entourage (cf. p. 45 du rapport d'expertise). Cet isolement était déjà mentionné en 2010 (cf. rapport d'évaluation du 19 juillet 2010) et ressort également du rapport du 10 juin 2015 du Dr K.\_\_\_\_\_, qui relevait que le recourant vivait une vie très restreinte, alternant certains contacts amicaux chaleureux mais sporadiques avec d'autres périodes de retrait. On notera encore que les informations figurant dans le volet psychiatrique de l'expertise ne sont pas suffisantes pour se positionner quant à l'ensemble des indicateurs posés par la jurisprudence. En effet, l'examen des indicateurs est trop sommaire, voire inexistant, pour que l'on puisse suivre le raisonnement ayant conduit l'expert à retenir une pleine capacité de travail dans toutes les activités. En particulier, le Dr H.\_\_\_\_\_ n'a pas discuté des éventuels liens entre l'évolution des atteintes somatiques du recourant et celle de son état de santé psychique. Il n'a pas non plus examiné la problématique de la médication, alors même que le Dr X.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'on ne pouvait attendre davantage d'un traitement psychotrope et que le Dr N.\_\_\_\_\_ se montrait prudent sur le plan médicamenteux (cf. rapports des 21 juin 2019 et 2 juin 2022).

Au niveau de la cohérence, l'expert psychiatre a retenu que le tableau clinique n'était pas cohérent et que le volet somatique ne pouvait être retenu comme cohérent et plausible en raison d'une démonstrativité avec histrionisme (p. 63 du rapport d'expertise). Or l'expert rhumatologique a, pour sa part, mentionné que les résultats étaient tout à fait cohérents au vu des résultats de l'examen, qui étaient valides et compréhensibles (cf. p. 45 du rapport d'expertise). Les différents médecins traitants n'ont également pas fait état d'une démonstrativité particulière, mais ont, au contraire, indiqué que le recourant était collaborant et investi dans les tâches (cf. rapports des 10 juin 2015 du Dr K.\_\_\_\_\_ et 22 juin 2023 du Dr B.\_\_\_\_\_). Seule la Dre E.\_\_\_\_\_ avait retenu le diagnostic de simulation consciente au motif notamment que le recourant avait volontairement donné des informations erronées quant à un traitement de stimulation magnétique transcrânienne (cf. p. 21 du rapport du 20 décembre 2017), ce qui s'est révélé être faux (cf. rapports des 24 mai et 22 juin 2018 du Dr J.\_\_\_\_\_). On notera encore que le Dr H.\_\_\_\_\_ n'a pas examiné pour quelles raisons un histrionisme pouvait être retenu. Il n'a pas non plus expliqué pourquoi il ne retenait pas d'atteinte incapacitante alors que l'histrionisme représente pourtant « un trouble de la personnalité au motif psychiatrique » (cf. courriel du 21 septembre 2023 du Dr N.\_\_\_\_\_). A cet égard, il ressort du rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 2 juin 2022 que faisait obstacle à une réadaptation la théâtralité du recourant qui cachait un trouble de l'identité alternant avec une forme d'isolation oppositionnelle. Ce mécanisme de défense inconscient pouvait devenir une limitation fonctionnelle importante car il suscitait l'hostilité et des réactions négatives chez un éventuel employeur ou dans des mesures de réhabilitations, le recourant étant accusé de « mauvaise volonté, de simulation », ce que l'expert n'a pas du tout discuté. Il aurait à tout le moins dû examiner si ces traits de personnalité histrionique pouvaient induire des limitations fonctionnelles du recourant, comme l'avait retenu le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 juin 2022. A cet égard, on relèvera que le Dr H.\_\_\_\_\_ ne s'est également pas prononcé sur les nombreuses limitations fonctionnelles retenues par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans ce même rapport.

Au niveau du diagnostic, le Dr H.\_\_\_\_\_ a posé celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques sans toutefois examiner les différents diagnostics posés par les psychiatres traitants. En effet, le Dr J.\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 12 novembre 2007, posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de dysthymie (F34.1) et de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31). Il a ensuite posé ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.1) et de traits de la personnalité mixte (cf. rapports des 4 janvier et 15 juillet 2011). Le Dr K.\_\_\_\_\_ a, dans son rapport du 10 juin 2015, retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33) et de trouble de la personnalité mixte (F61). Si la Dre E.\_\_\_\_\_ s'est ralliée à l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_ plutôt qu'à celui du Dr K.\_\_\_\_\_, en ne retenant que des traits de personnalité mixte et non un véritable trouble, ce trouble a ensuite été posé par les Drs D.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 17 juillet 2018 et 21 juin 2019). Ces médecins ont également retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), tout comme le Dr N.\_\_\_\_\_ (cf. rapports des 2 février et 2 juin 2022). Or il n'existe pas, dans le rapport d'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_, de discussion étayée des diagnostics retenus par les différents médecins, ce qui jette un discrédit important quant à son appréciation diagnostique. A cet égard, on remarquera que ce médecin n'a pas examiné la question d'un éventuel trouble bipolaire soulevée par le Dr N.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 juin 2022 et mentionnée par la Dre W.\_\_\_\_\_ dans son avis du 27 juin 2022. L'expert ne s'est pas non plus prononcé sur l'évolution du trouble dépressif du recourant, qui, de moyen/sévère entre 2004 et fin 2008 (cf. rapport de la Dre E.\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2017) est passé à léger en 2011 (cf. rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ des 4 janvier et 15 juillet 2011), suivi d'une rémission en 2018 et 2019 (cf. rapports des Dres D.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ du 17 juillet 2018 et du Dr X.\_\_\_\_\_ du 21 juin 2019) pour revenir à un épisode moyen en 2022 (cf. rapports du Dr N.\_\_\_\_\_ des 2 février et 2 juin 2022).

**cc)** Dans son avis du 16 janvier 2023, le SMR a estimé que l'expertise du 5 décembre 2022 présentait des lacunes et certaines contradictions. Il a ainsi noté que la numérotation des chapitres dans les deux expertises spécialisées ne suivait pas fidèlement le canevas transmis, principalement au chapitre 7, éludant par-là certaines questions pourtant essentielles, particulièrement celle relatives à l'analyse approfondie de la cohérence et celle concernant une discussion et une appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier. Le SMR a encore estimé que, sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles manquaient de précision et que si l'expert S.\_\_\_\_\_ pensait que le socle organique était cohérent, ce n'était pas le cas de l'expert H.\_\_\_\_\_. Ainsi, les conclusions étaient incohérentes entre elles sans une discussion consensuelle solidement argumentée. Sur le plan psychiatrique, l'expert n'avait pas passé en revue de diagnostics différentiels et ne discutait pas de façon approfondie les divergences entre sa position et celle du psychiatre traitant, ce qui était pourtant essentiel. Le SMR a ainsi soumis un questionnaire complémentaire aux experts qui y ont répondu le 2 mai 2023. Si l'expert rhumatologue a répondu aux questions de manière satisfaisante, précisant notamment les limitations fonctionnelles rhumatologiques retenues, tel n'est pas le cas de l'expert psychiatre. Il n'a en effet pas discuté le fait que l'expert rhumatologue estimait que les plaintes somatiques étaient cohérentes alors que lui-même retenait le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, se limitant à dire qu'il s'agissait d'un diagnostic d'exclusion. Le Dr H.\_\_\_\_\_ n'a ensuite pas donné d'exemples concrets en lien avec l'histrionisme retenu, pas plus qu'il n'a examiné les différents diagnostics retenus par le psychiatre traitant. A la question de savoir sur quels éléments il s'appuyait pour retenir que le recourant ne souffrait pas d'éventuel trouble de la personnalité, il a répondu que l'anamnèse infanto-juvénile était exempte des éventuels traumatismes recherchés, tels que abus sexuels, maltraitance physique ou carence affective. Or il ne semble pas qu'une telle problématique ait été recherchée dans l'expertise alors même que certains rapports au dossier montrent que l'enfance du recourant n'a pas été exempte de traumatisme. Ainsi, le Dr K.\_\_\_\_\_ a notamment mentionné une

anamnèse familiale psychiatrique chargée avec une mère peu adéquate dans l'éducation de son fils unique, une mauvaise entente parentale et une relation fusionnelle avec la mère après le départ du père du domicile familial (cf. rapport du 10 juin 2015). La Dre E.\_\_\_\_\_, pour sa part, a indiqué qu'une partie de la jeunesse du recourant aurait été consacrée à visiter une tante hospitalisée en hôpital psychiatrique et à trouver une solution pour la faire sortir (cf. rapport du 20 décembre 2017). Enfin, les conclusions médico-asséculo-logiques considérées comme peu étayées dans l'avis SMR du 16 janvier 2023 n'ont pas été développées dans le complément d'expertise. Au vu de ce qui précède, on peine à comprendre comment l'intimé a pu se rallier au rapport d'expertise du 5 décembre 2022 et à son complément du 2 mai 2023, le SMR ayant d'ailleurs lui-même reconnu que les conclusions étaient parfois argumentées de façon succincte et que l'expert psychiatre ne s'était pas clairement expliqué à propos de l'histrionisme retenu (cf. avis du 9 mai 2023).

**dd)** En définitive, au vu du manque de consistance du volet psychiatrique de l'expertise et des incohérences que le complément d'expertise n'a pas permis de dissiper, aucune valeur probante ne peut lui être reconnue. Il en ressort que, sur le plan psychiatrique, l'expertise ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur l'évolution, partant l'aggravation, de l'état de santé du recourant.

**c)** On relèvera encore que le dernier médecin ayant examiné le recourant, à savoir le Dr B.\_\_\_\_\_, fait état d'investigations en cours avec un bilan neuropsychologique et une IRM cérébrale (cf. rapport du 13 juin 2023). Même si ce médecin a mentionné que le statut neuropsychologique était globalement normal, cela ne dispensait pas l'intimé d'investiguer davantage le dossier afin de déterminer si de nouveaux éléments étaient en mesure d'objectiver, sur le plan médical, les éventuelles atteintes à la santé dont souffre le recourant.

**10. a)** Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui

prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**b)** Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>e</sup> éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

**c)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**d)** En l'espèce, il ne pouvait échapper à l'intimé que le rapport d'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ était insuffisant compte tenu de ses lacunes et incohérences pour statuer sur le droit aux prestations du recourant, de sorte que ce document ne pouvait se voir accorder valeur probante. La Cour de céans estimant que l'intimé a failli à son obligation d'élucider les faits à satisfaction, il s'agit dès lors de lui renvoyer la cause pour

complément d'instruction. Après actualisation des pièces médicales, il lui incombera de solliciter une nouvelle expertise psychiatrique du recourant, l'expert psychiatre pouvant s'adjoindre les services d'un neuropsychologue s'il l'estime opportun.

**11.** A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale. Au vu du sort du recours, il n'y a pas lieu d'y donner suite.

Il a en outre requis la tenue d'une audience publique afin de pouvoir s'exprimer. S'agissant de la tenue de débats publics, il est relevé que, dans le cas où il est saisi d'une telle demande, le juge doit en principe y donner suite. Il peut cependant s'en abstenir lorsque la demande est abusive, lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien fondé, ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 136 I 279 consid. 1 ; Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 16 ad art. 61 LPGA). En l'occurrence, vu l'issue du litige, il peut être renoncé à la mise en œuvre de tels débats.

**12. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 22 août 2023 par l'intimé annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr.,

débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé. Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de l'assistance judiciaire, si bien qu'il peut être renoncé à fixer plus précisément le montant de l'indemnité d'office.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 22 août 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à celui-ci pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour 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 :