

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mai 2025

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Berberat et Durussel, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 88a al. 1 RAI.

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant [...] arrivé en Suisse en 1988, est marié et père de trois enfants, nés en [...], [...] et [...]. Sans formation professionnelle, il a notamment travaillé en Suisse comme aide-constructeur métallique, puis comme aide-réviseur de citernes.

Le 11 septembre 2007, l'assuré a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de lombalgies sur discopathie. L'OAI a nié le droit à une rente, par décision du 25 septembre 2008, en considérant que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée sédentaire ou semi-sédentaire, dans laquelle il pourrait alterner les positions, sans port de charges supérieures à 15 kg ni travaux en porte-à-faux ou penché en avant. Il pouvait y réaliser un revenu excluant le droit à une rente. L'OAI se fondait notamment sur un rapport établi le 12 juin 2008 par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), dans lequel celui-ci faisait état, au terme d'un examen clinique, de lombalgies chroniques sans trouble neurologique, d'une discopathie modérée L5-S1 et d'une sarcoïdose à localisations multiples, compatibles avec l'exercice d'une activité adaptée telle que décrite ci-avant.

L'assuré a repris une activité professionnelle, d'abord comme chauffeur-livreur, puis comme ouvrier de production. Dans les deux cas, il a bénéficié dans un premier temps d'une aide au placement, avec des allocations d'initiation au travail. En raison d'une incapacité de travail depuis le mois de novembre 2014, le dernier employeur a résilié les rapports de travail le liant à l'assuré avec effet au 31 avril 2015.

B. Le 27 mai 2015, l'assuré a déposé une seconde demande de prestations. L'OAI a nié le droit à une rente et à des mesures de reclassement professionnel par décision du 9 janvier 2017. Il a toutefois alloué des allocations d'initiation au travail, dès le 1^{er} janvier 2018,

l'assuré travaillant comme aide-peintre et chauffeur-livreur dans une entreprise de plâtrerie-peinture.

Le Dr D._____, médecin traitant, a attesté une incapacité de travail de l'assuré dès le 5 mars 2018. L'assuré a été hospitalisé en service psychiatrique du 20 au 27 avril 2018, puis a entamé un suivi jusqu'au 8 août 2018. Pendant cette période, la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a régulièrement attesté une incapacité de travail totale. Parallèlement, l'assuré a entrepris un suivi auprès de la psychologue P._____ du Centre de prévention et de traitement du jeu excessif du centre hospitalier C._____ (ci-après : le centre hospitalier C._____), en raison d'une dépendance aux jeux d'argent. Le 26 octobre 2018, l'employeur a résilié les rapports de travail le liant à l'assuré pour le 31 décembre 2018.

C. Entre-temps, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 18 octobre 2018, en raison d'une dépression et de douleurs dorsales pour lesquelles une opération était prévue le 26 octobre 2018.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'OAI a recueilli un rapport du 25 juillet 2018 de la Dre N._____ et du psychologue F._____ et le protocole opératoire du 8 janvier 2019 des Drs M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et R._____, dont il ressortait que l'assuré avait subi une arthrodèse L5-S1 par abord antérieur le 26 octobre 2018.

L'OAI s'est vu remettre le dossier constitué par l'assureur perte de gain maladie. Dans un rapport d'expertise du 24 janvier 2019 adressé au médecin-conseil de cette assurance, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a posé les diagnostics de status après trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25) réactionnel à une menace de séparation conjugale dans le contexte d'une grave addiction au jeu (F63.0), de status après arthrodèse L5-S1 effectuée le 26 octobre 2018, de lombalgies chroniques anciennes et de status après traumatisme de la cheville

gauche en janvier 2018. Cet expert a conclu qu'en dépit de son addiction, l'assuré était capable de travailler, avec la précision que l'exercice d'une activité professionnelle structurée limiterait les opportunités de jeux. L'expert s'est dit convaincu qu'en raison de la persistance de ses douleurs rachidiennes (avec développement de douleurs s'étendant au rachis cervical et aux membres supérieurs depuis l'opération chirurgicale évoquant une évolution vers un syndrome somatoforme douloureux), l'assuré ne reprendrait « probablement pas de sitôt, voire jamais » une quelconque activité professionnelle.

Dans un rapport du 17 avril 2019 adressé à l'OAI, la Dre T._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a diagnostiqué un épisode dépressif majeur (F32.10) depuis le début 2018, avec effet sur la capacité de travail, ainsi qu'un jeu pathologique (F63.0) depuis l'adolescence, sans effet sur la capacité de travail. Elle a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré en toutes activités et proposé de réévaluer la nouvelle stratégie antidépressive datant de moins d'un mois, avec une augmentation du dosage si nécessaire, et de poursuivre la psychothérapie.

Dans un rapport du 5 novembre 2019 à l'OAI, la Dre T._____ a confirmé ses diagnostics, précisant qu'ils étaient tous deux incapacitants. Elle a indiqué qu'il existait une intrication des éléments psychologiques avec le tableau de douleurs chroniques, dans le sens où les douleurs quotidiennes semblaient directement impacter le moral de l'assuré et réduisaient beaucoup ses possibilités de récupération avec des idées d'avenir bouché et de suspension de ses projets. Sa vie quotidienne était limitée en fonction des lancées douloureuses. Listant des restrictions fonctionnelles (à savoir une fatigabilité importante, un envahissement anxio-dépressif limitant les possibilités de concentration et de mobilisation de la pensée sur les tâches professionnelles, un apragmatisme rendant difficile la possibilité de mobilisation sur la réalisation de tâches, des troubles du sommeil entraînant un décalage de phase et une impossibilité à suivre des horaires classiques de travail ou de se montrer régulier dans un cadre horaire, ainsi que des difficultés cognitives empêchant la

mémorisation et la mise en pratique des tâches et leur maintien dans le temps), cette médecin a estimé que l'incapacité de travail de l'assuré était totale dans son activité de chauffeur-livreur, comme dans toutes autres activités professionnelles.

Suivant l'avis du SMR du 20 novembre 2019, l'OAI a mandaté le bureau d'expertise K._____ (ci-après : le bureau d'expertise K._____) en vue de réaliser une expertise bidisciplinaire. Les Drs L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport le 5 février 2020. Posant le diagnostic incapacitant de « Failed back surgery » ainsi que ceux, sans incidence sur la capacité de travail, de jeu pathologique (F63.0) et d'épisode dépressif léger en rémission (F32.0), les experts ont estimé de manière consensuelle que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle d'aide-peintre en bâtiment était nulle depuis mars 2018, en raison du traitement de la cheville droite (entorse le 30 janvier 2019) et de la présence de lombalgies basses incapacitantes. La capacité de travail médico-théorique était en revanche entière dans un travail sédentaire avec changement de positions toutes les quarante minutes, pas d'escaliers, d'échafaudages ou d'échelles, et pas de travail en porte-à-faux, ni en flexion antérieure du rachis, et ceci dans un délai de six mois depuis l'intervention chirurgicale de l'automne 2018.

Le 24 mars 2020, les experts du bureau d'expertise K._____ ont établi un complément d'expertise à la demande de l'OAI.

Le 19 juin 2020, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus de prestations. Sur le plan médical, l'OAI a constaté qu'à l'échéance du délai de carence d'une année depuis l'incapacité de travail débutée le 5 mars 2018, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (à savoir un travail sédentaire avec changement de positions toutes les quarante minutes, éviter les escaliers, échafaudages et échelles, pas de travail en porte-à-faux ni en flexion antérieure du rachis, la possibilité de pouvoir librement

passer de la position assise à debout). Il pouvait y réaliser un revenu excluant le droit à une rente. Des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être, dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière demeurait à la portée de l'intéressé, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste. Le droit à un reclassement professionnel n'était pas ouvert.

L'assuré, désormais assisté par son conseil, a contesté ce projet de décision en produisant notamment les réponses du 11 septembre 2020 du Dr M. _____ ainsi que celles du 21 octobre 2020 du Dr X. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et de la psychologue P. _____, à un questionnaire qu'il leur avait été adressé.

Le 9 février 2021, prenant position sur ces éléments, le SMR a estimé que les rapports n'apportaient pas d'éléments nouveaux. Sur le plan somatique, les douleurs lombaires étaient apparues après l'intervention d'octobre 2018 et avaient été prises en compte par les experts. L'assuré prenait un traitement léger et les limitations fonctionnelles tenaient compte des douleurs. Au plan psychique, le rapport du Dr X. _____ reposait sur les éléments décrits par l'assuré et déjà relevés dans l'expertise. Le SMR a également constaté des incohérences notamment entre la superficialité relevée des échanges avec les proches et le projet d'agrandissement de la famille. L'assuré avait en outre espacé son suivi et arrêté sa médication.

Par décision du 11 août 2021, l'OAI a intégralement confirmé son préavis de refus de rente et de mesures d'ordre professionnel du 19 juin 2020. La comparaison des revenus avec et sans invalidité excluait tout préjudice économique, et partant tout droit à une rente d'invalidité en faveur de l'assuré.

L'assuré a interjeté un recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans son arrêt du 11 octobre 2022 (AI 344/21 - 303/2022), la Cour de céans a partiellement admis le recours, réformé la décision du 11 août 2021 en ce sens que

l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 juillet 2019 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit à la rente pour la période postérieure au 1^{er} octobre 2020. La Cour de céans a constaté que le rapport d'expertise du bureau d'expertise K._____ était pleinement probant. Elle a retenu, sur cette base, que l'assuré avait présenté une péjoration de l'état de son dos et, dans le courant de l'année 2018, une péjoration de son état de santé psychique. Ces atteintes à la santé avaient entraîné une incapacité totale de travail et de gain du 5 mars 2018 au 30 avril 2019. L'atteinte psychique s'était améliorée en début d'année 2019 déjà, mais l'incapacité de travail pour des motifs somatiques avait perduré jusqu'au 30 avril 2019. Il existait ainsi une aggravation incapacitante de l'état de santé de nature à influencer négativement sa capacité de travail et la situation de l'assuré ne s'avérait pas superposable à celle qui avait cours le 9 janvier 2017. Cela pouvait fonder le droit à une rente de l'assurance-invalidité dès l'échéance du délai de carence d'une année, soit dès le 1^{er} mars 2019. Le droit à une rente d'invalidité n'avait toutefois pris naissance que le premier jour du sixième mois après le dépôt de la nouvelle demande, soit le 1^{er} avril 2019. L'état de santé de l'assuré s'était ensuite amélioré et était compatible avec l'exercice d'une activité adaptée à plein temps, depuis le 1^{er} mai 2019. Après comparaison des revenus, telle que réalisée par l'OAI, le degré d'invalidité était inférieur à 40 % et ne justifiait pas le maintien du droit à une rente d'invalidité. Trois mois après l'amélioration survenue en mai 2019, soit dès le 1^{er} août 2019, l'assuré ne pouvait plus prétendre à une rente d'invalidité. La question du droit à la rente pour la période postérieure au 1^{er} octobre 2020 devait rester ouverte, une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise bidisciplinaire était nécessaire pour déterminer la capacité de travail résiduelle. La Cour de céans a constaté à cet égard que les rapports produits par l'assuré en procédure, en particulier le rapport du 21 octobre 2020 du Dr X._____, du 24 août 2021 des Dres B._____ et Q._____ du Centre de prévention et de traitement du jeu excessif du centre hospitalier C._____ et celui du psychiatre W._____ du 10 juin 2022, attestaient une aggravation de son état de santé à partir du 1^{er} octobre 2020, de sorte que cet aspect devait être instruit par l'OAI.

D. Le 9 février 2023, l'OAI a rendu une décision portant sur le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité pour les mois d'avril à juillet 2019.

Reprenant l'instruction, l'OAI a confié la mise en œuvre d'une expertise au centre d'expertise S._____, plus particulièrement aux Drs J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et G._____.

Les experts J._____ et G._____ ont rendu leur rapport le 14 mars 2023. Ils ont retenu le diagnostic incapacitant de status après spondylodèse L5-S1 en 2018 et probable pseudoarthrose, ainsi que le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome psychotique F32.00, sans effet sur la capacité de travail. Au terme de leur évaluation consensuelle, ils ont estimé que l'assuré était incapable de travailler dans sa précédente activité d'aide-peintre depuis l'opération d'octobre 2018, mais était pleinement capable de travailler dès avril 2019 dans une activité adaptée sans port de charges supérieures à 10 kg, sans position en porte-à-faux, sans position accroupie ou à genoux, sans position statique debout ou assise prolongée et permettant l'alternance des positions. Sur le plan psychiatrique, l'assuré avait toujours été pleinement capable de travailler.

Dans un avis du 23 mars 2023, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions, probantes, de l'expertise, laquelle précisait l'évolution de la situation depuis octobre 2020 qui était marquée par la persistance des limitations somatiques et l'absence de pathologie psychiatrique significative et durable.

Dans un projet de décision du 1^{er} juin 2023, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser de prester, au motif qu'il n'avait pas présenté une aggravation de son état de santé dès octobre 2020.

Le 8 juin 2023, l'assuré, toujours représenté par son conseil, a fait part de ses objections contre ce projet de décision, indiquant que l'OAI n'avait pas pris en compte les troubles psychiques importants mis en évidence à ce jour. Faisant valoir des objections complémentaires le 15 septembre 2023, l'assuré a contesté la valeur probante de l'expertise. D'une part, l'expert psychiatre n'avait pas correctement investigué ses atteintes, notamment au vu du rapport du Dr W. _____ du 10 juin 2022 qui retenait un trouble dépressif récurrent et un trouble de jeux pathologiques. Se référant à un rapport du Dr W. _____ du 5 juillet 2023, il a indiqué souffrir non pas d'un épisode mais d'un trouble dépressif récurrent et être capable de travailler à 40 % au maximum, selon les fluctuations de son état psychique. Il a encore relevé que le Dr G. _____ avait retenu un épisode dépressif léger, tandis que le score obtenu à l'échelle de Hamilton était de 29, dénotant des symptômes dépressifs modérés à sévères. L'assuré a encore émis des doutes sur la qualité et la rigueur du processus de réalisation de l'expertise, au vu des enregistrements sonores réalisés durant les examens.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé le 18 octobre 2023 que le rapport du Dr W. _____ ne remettait pas en cause ses précédentes conclusions et confirmait au contraire la faible intensité de la symptomatologie dépressive de l'assuré.

Par décision du 20 octobre 2023, l'OAI a refusé de prester, conformément à son projet de décision du 1^{er} juin 2023. Dans un courrier du même jour, il a précisé à l'assuré que sa contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, se référant à l'avis du SMR du 18 octobre 2023 dont une copie lui était adressée.

E. Par acte du 23 novembre 2023, H. _____, toujours représenté par son conseil, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant principalement à son annulation [recte : réforme] en ce sens qu'une rente d'invalidité lui soit allouée avec effet au 1^{er} octobre 2020 dont le taux

devait être déterminé selon son taux de capacité de travail effectif, subsidiairement à ce qu'il soit procédé à une nouvelle expertise sur le plan psychiatrique, cas échéant en renvoyant la cause à l'intimé pour qu'il procède lui-même à une telle expertise. Le recourant a contesté la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise, confié au Dr G._____, se prévalant de l'appréciation du Dr W._____, notamment son rapport du 5 juillet 2023. Il a également critiqué, sur la base des enregistrements sonores de l'expertise, le ton trop bienveillant de l'expert psychiatre, ce qui faisait douter de son objectivité, ainsi que le ton trop sec et la méconnaissance du dossier de l'expert somatique, qui ne permettait pas non plus de conférer une pleine valeur probante à l'expertise.

Par décision du 24 janvier 2024, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 23 novembre 2023 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me David Métille.

Par réponse du 26 février 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant à l'avis SMR du 18 octobre 2023.

Répliquant le 8 avril 2024, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a reproché à l'OAI de ne pas se prononcer sur ses griefs, notamment ceux relatifs aux enregistrements de l'expertise. Il a réitéré son argument selon lequel l'expertise était valablement remise en cause par le Dr W._____ et ne pouvait en conséquence pas être suivie.

Par duplique du 30 avril 2024, l'intimé a à nouveau conclu au rejet du recours, renvoyant pour le surplus à un avis du SMR du 18 avril 2024. Le SMR relevait que le Dr W._____, au-delà de la terminologie retenue, rapportait des périodes d'aggravation dépressive transitoires, lesquelles n'étaient donc pas durablement incapacitantes. Le Dr W._____ confirmait au demeurant que le trouble était actuellement en rémission, de sorte qu'il était difficile de comprendre pour quelle raison il engendrerait des répercussions significatives et durables, notamment en

termes de limitations fonctionnelles ou de diminution de la capacité de travail. Aussi, en présence d'un trouble en rémission, il ne voyait pas pourquoi la fragilité psychique face au stress justifierait une diminution de la capacité de travail, comme le retenait le Dr W._____. Si tel était le cas, le suivi rapproché devrait être maintenu, tout comme le traitement médicamenteux. Dès lors, sans remettre en cause les compétences du médecin, le SMR estimait que celui-ci fondait son appréciation sur la base du récit de son patient. Enfin, le SMR relevait qu'au-delà des prétendus comportements des experts, il s'était fondé sur le rapport d'expertise qui était complet et convaincant.

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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité à charge de l'OAI, plus précisément de savoir si son état de santé s'est aggravé à partir du 1^{er} octobre 2020, le droit à la rente pour la période antérieure ayant fait l'objet d'un arrêt de la Cour de céans du 11 octobre 2022 qui est entré en vigueur sans avoir été contesté.

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

3. a) 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). 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).

b) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables,

par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

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

4. 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 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

5. Dans son précédent arrêt du 11 octobre 2022, la Cour de céans a partiellement admis le recours de l'assuré, réformé la décision du 11 août 2021 en ce sens que l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 juillet 2019 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit à la rente pour la période postérieure au 1^{er} octobre 2020. La Cour de céans a constaté que le rapport d'expertise du bureau d'expertise K._____ du 5 février 2020 et son complément du 24 mars 2020, sur lesquels l'OAI s'était fondé, étaient probants, que l'assuré avait présenté une aggravation de son état de santé influençant sa capacité de travail du 5 mars 2018 au 30 avril 2019. Si l'atteinte à la santé psychique s'était améliorée en début d'année 2019, l'incapacité de travail pour des motifs somatiques avait perduré jusqu'au 30 avril 2019. La Cour a cependant retenu que les rapports produits par l'assuré attestaient une aggravation de son état de santé, à partir du 1^{er} octobre 2020, de sorte que cet aspect devait être instruit par l'OAI, à qui il incombait de mettre en œuvre une nouvelle expertise bidisciplinaire.

L'OAI a ainsi confié la mise en œuvre de cette expertise au centre d'expertise S._____, plus particulièrement aux Drs J._____ et G._____. Dans leur rapport du 14 mars 2023, ils ont posé le diagnostic incapacitant de status après spondylodèse L5-S1 en 2018 et probable

pseudoarthrose ainsi que le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome psychotique F32.00, sans effet sur la capacité de travail. Ils ont retenu que l'assuré était incapable de travailler dans son activité habituelle depuis octobre 2018, mais était pleinement capable de travailler dès avril 2019 dans une activité adaptée sans port de charges supérieures à 10 kg, sans position en porte-à-faux, sans position accroupie ou à genoux, sans position statique debout ou assise prolongée et permettant l'alternance des positions.

Le recourant conteste la valeur probante de ce rapport d'expertise, considérant, après avoir écouté les enregistrements sonores, que les experts étaient soit trop compatissant soit trop dur et pas assez préparé. Il se fonde également sur les rapports de ses psychiatres traitants pour contester plus particulièrement la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise.

a) Sur le plan somatique, l'expert J._____, comme l'expert L._____ du bureau d'expertise K._____ avant lui, a retenu que l'assuré est incapable de travailler, en raison des suites de la spondylodèse L5-S1 et d'une probable pseudoarthrose, dans son activité habituelle d'aide-peintre, mais était capable de travailler dans une activité adaptée. Il a également retenu des limitations fonctionnelles similaires à celles retenues par l'expert L._____, à savoir l'absence de port de charges supérieures à 10 kg, de position en porte-à-faux, de position accroupie ou à genoux, de position statique prolongée et une alternance des positions. Les situations sont donc superposables. Au demeurant, aucun rapport ne vient attester une aggravation de l'état de santé physique de l'assuré depuis octobre 2020. En outre, le grief du recourant selon lequel l'expert J._____ se serait montré dur durant l'examen se fonde sur une impression purement subjective, qu'on ne saurait suivre. Il apparaît en outre que l'expert J._____ a pris connaissance de l'ensemble des rapports au dossier.

Se fondant sur un dossier complet, énonçant des conclusions claires et motivées, le volet somatique du Dr J._____ peut se voir conférer une pleine valeur probante.

b) Sur le plan psychiatrique, l'expertise a été confiée, une nouvelle fois, au Dr G._____, ce qui apparaît surprenant dans la mesure où il est déjà intervenu en tant qu'expert psychiatre du bureau d'expertise K._____ et que la nouvelle expertise a été confié au centre d'expertise S._____. Quoi qu'il en soit, après s'être entretenu avec l'assuré, l'expert G._____ a retenu le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), se fondant sur les allégations de l'assuré qui mentionnait être asthénique, anhédonique et triste. L'expert a considéré que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de l'assuré avait toujours été entière. L'évolution était celle d'une quasi-absence de psychopathologie spécifique, de sorte que le pronostic était excellent. L'expert a relevé qu'il n'existait pas de limitations uniformes des activités dans tous les domaines de l'existence, qu'ils soient personnels, conjugaux ou sociaux, et que l'assuré avait de bonnes relations intra-familiales et s'adonnait à des jeux d'établissement publics. L'assuré ne prenait plus le traitement prescrit, ce qui était cohérent avec un épisode dépressif léger ne requérant pas de traitement antidépresseur. L'expert a également détaillé les ressources de l'assuré, relevant qu'il disposait de sa capacité à se déplacer en utilisant différents moyens de transport « tels qu'en étant véhiculé ou en avion », qu'il paraissait capable de s'occuper de lui et de se soigner bien que n'ayant pas d'activités spontanées, qu'il s'adonnait à des jeux de bistrot de sorte qu'il « apparaît capable d'avoir des comportements spontanés en dehors d'éventuelles obligations professionnelles ou sociales », qu'il avait des relations proches et était capable de donner et recevoir un soutien affectif significatif notamment à ses enfants, qu'il était capable d'évoluer au sein d'un groupe et avait appartenu à des équipes de travail, qu'il avait le sens du contact envers les tiers et était entré aisément en contact avec l'expert, qu'il avait la capacité de s'affirmer et défendre ses convictions sans violer les normes sociales, l'expert précisant que l'assuré s'adonnait à des jeux d'établissements publics deux fois par semaine, que sa capacité

d'endurance n'était pas amoindrie même si l'assuré se percevait comme asthénique, qu'il était capable de persévérer pendant le temps exigé pour une activité professionnelle, qu'il était capable de jugement et savait faire usage de compétences spécifique, ayant acquis des connaissances professionnelles. Il ne planifiait toutefois pas et ne structurait pas ses tâches, mais il était capable de consacrer le temps adéquat à des éventuelles activités de ménage, rangement ou courses.

Il apparaît toutefois que le volet psychiatrique réalisé par le Dr G. _____ ne peut être suivi. En premier lieu, on ne saurait considérer que son rapport se fonde sur un dossier complet. Alors que la Cour de céans avait constaté, dans son arrêt du 11 octobre 2022, que les rapports du 21 octobre 2020 du Dr X. _____, du 24 août 2021 des Dres B. _____ et Q. _____ et celui du Dr W. _____ du 10 juin 2022 attestaient une aggravation de l'état de santé de l'assuré dès le mois d'octobre 2020, l'OAI n'a pas requis de ces médecins qu'ils lui transmettent les rapports établis entre octobre 2020 et le moment où la cause lui a été renvoyée pour procéder au complément d'instruction requis, en 2022. L'expert G. _____ n'a pas non plus sollicité des renseignements complémentaires auprès de ces médecins pour la période antérieure à son examen, alors même qu'il lui appartenait de déterminer l'effet de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré sur sa capacité de travail depuis le mois d'octobre 2020. En second lieu, force est de constater que l'expert G. _____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré sur le plan psychiatrique et son évolution depuis octobre 2020, comme cela lui était demandé. Si l'expert G. _____ retient que l'assuré a toujours été pleinement capable de travailler sur le plan psychiatrique, il fonde toutefois son appréciation sans avoir examiné et pris position sur les rapports attestant une aggravation. Ces rapports des Drs X. _____, B. _____ et Q. _____, ainsi que W. _____ ont bien été résumés dans le chapitre « synthèse du dossier », mais le Dr G. _____ n'en fait plus mention dans le volet psychiatrique de l'expertise. Aussi, il ne discute pas des diagnostics retenus, ni pour les confirmer, ni pour les écarter, hormis pour signaler que le diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission partielle, retenu par le Dr W. _____, n'existe pas, alors même que ce

dernier a évoqué une erreur de plume dans son rapport subséquent. L'expert G._____ ne se prononce pas davantage sur l'évolution du trouble dépressif présenté par l'assuré depuis octobre 2020 jusqu'au moment de l'expertise, alors même qu'en octobre 2020 des symptômes dépressifs étaient évoqués, puis un trouble dépressif sévère en août 2021. Le Dr G._____ élude ainsi totalement les éléments qui ont mené à la mise en œuvre de l'expertise dont la réalisation lui était à nouveau confiée. Dès lors, l'expertise psychiatrique n'est pas convaincante s'agissant de l'examen de l'évolution de la pathologie de l'assuré et de son effet sur la capacité de travail entre octobre 2020 et le jour de l'examen clinique.

Au demeurant, les conclusions du Dr G._____ ne sont pas exemptes de contradictions. Les ressources retenues par l'expert ne sauraient être qualifiées comme telles. En effet, le fait d'être véhiculé ou de prendre l'avion, au demeurant la dernière fois deux ans avant l'expertise, ne saurait représenter une capacité effective à se déplacer. L'expert retient un sens du contact, une capacité à évoluer au sein d'un groupe, notamment dans le milieu sportif, et des relations avec les proches. Les propos de l'assuré sont toutefois bien éloignés de ces conclusions. L'assuré a en effet déclaré qu'il s'était isolé de ses amis et de ses proches, ceux-ci ne désirant plus qu'il se joigne à eux pour faire les courses, qu'il n'avait plus de contact avec son épouse et qu'il ne pratiquait plus de sport depuis qu'il souffrait du dos. L'expert considère encore que, bien que l'assuré ne planifie pas et ne structure pas ses tâches, il serait capable de consacrer le temps adéquat à d'éventuelles activités ménagères. Or, l'assuré a déclaré à l'expert qu'il ne prend ni ne prépare ses repas, n'effectue pas les tâches ménagères, ne sort pas de chez lui hormis pour ses rendez-vous médicaux ou pour aller jouer aux jeux de bistrot deux fois par semaine, ce qui ne permet pas de conclure qu'il serait capable d'assurer les tâches quotidiennes. L'expert semble encore considérer que le fait que l'assuré joue aux jeux de bistrot deux fois par semaine constitue une ressource, alors même qu'il avait précédemment retenu le diagnostic de jeux pathologiques et que le comportement de l'assuré a mené à l'endettement du couple, l'assuré évoquant avoir des

dettes à hauteur de 100'000 fr., ce qui paraît plus que contradictoire. En outre, on peine à comprendre que l'expert constate, d'une part, un score de 29 à l'échelle d'Hamilton correspondant à un trouble dépressif de degré moyen à sévère, mais retienne, d'autre part, que l'assuré ne présente qu'un épisode dépressif léger, sans expliquer plus en détail son raisonnement. L'expert n'indique au demeurant pas les raisons pour lesquelles l'assuré a arrêté ses traitements, ni depuis quand, de sorte que l'on ignore si la réintroduction du traitement, évoquée par les médecins dans le rapport d'août 2021, n'est qu'une information lacunaire ou si l'assuré a cessé une nouvelle fois de se médicamer.

Partant, le volet psychiatrique de l'expertise réalisé par le Dr G. _____ ne peut se voir conférer une quelconque valeur probante. L'OAI ne pouvait dès lors pas fonder sa décision sur les conclusions de cet expert.

c) Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé sur le plan psychiatrique est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause, au vu des incohérences et du caractère incomplet de l'expertise psychiatrique. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). Il lui appartiendra d'abord de compléter le dossier en recueillant les rapports auprès des psychiatres traitants s'agissant de la période d'octobre 2020 à ce jour, puis de mettre en œuvre une expertise psychiatrique auprès d'un nouvel expert afin de clarifier les atteintes dont souffre l'assuré et leurs effets sur sa capacité de travail passée et future.

6. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des

frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et 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 3'000 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 à la charge de la partie intimée.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 20 octobre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, par 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 H. _____ une indemnité de 3'000 fr. (trois 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 David Métille (pour H. _____),
- 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 :