

VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 659 vom 13. September 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-09-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2021__659

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 659 du 13 septembre 2021

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2021 / 659 del 13 settembre 2021

Regeste

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, EXPERTISE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, DROIT À UNE AUTORITÉ INDÉPENDANTE ET IMPARTIALE, FORCE OBLIGATOIRE{SENS GÉNÉRAL}, RÉCUSATION | 28 al. 1 LAI, 16 LPG, 8 al. 1 LPG

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.09.2021 Arrêt / 2021 / 659

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, EXPERTISE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, DROIT À UNE AUTORITÉ INDÉPENDANTE ET IMPARTIALE, FORCE OBLIGATOIRE{SENS GÉNÉRAL}, RÉCUSATION | 28 al. 1 LAI, 16 LPG, 8 al. 1 LPG

TRIBUNAL CANTONAL AI 161/20 - 261/2021 ZD20.019340 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 13 septembre 2021 _____ Composition : M. Pignet , président Mme Pasche, juge, et M. Küng, assesseur Greffière : Mme Tedeschi ***** Cause pendante entre : R. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. _____ Art. 28 LAI ; 8 al. 1 et 16 LPG. E n f a i t : A. R. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], était employé en qualité de maître d'enseignement professionnel au secteur peinture-maçonnerie auprès du Centre F. _____ (ci-après : le Centre F. _____ ou l'employeur), depuis le 1 er août 2000. Il exerçait à un taux de 80 % depuis le 1 er août 2013. En incapacité de travail complète à compter du 30 novembre 2016, l'assuré a déposé le 12 janvier 2017 une demande de mesures professionnelles et de rente de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), mentionnant des troubles neurologiques accompagnés d'atteintes à la colonne vertébrale, existant depuis 2000 et 2008. Par rapport du 22 juin 2017, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale, a diagnostiqué des troubles sensitivomoteurs douloureux des membres inférieurs depuis 2008, mentionnant l'existence d'une nette aggravation à compter de l'automne 2016, laquelle se traduisait par des spasmes dans les membres inférieurs et de grandes difficultés à la marche, avec une impression de « lâchage » des membres inférieurs. La capacité de travail était actuellement nulle. Ce médecin a également remis le rapport du 6 mars 2017 des Drs C. _____, spécialiste en neurologie et médecin-associé, et K. _____, médecin-assistant auprès du Centre D. _____ (ci-après : le Centre D. _____), lesquels avaient diagnostiqué des troubles sensitivomoteurs douloureux des membres inférieurs d'origine encore indéterminée, sur une petite hernie discale L3-L4 paramédiane droite sans syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire actuel (la possibilité

d'un conflit radiculaire d'émergence de la racine L4 droite étant néanmoins mentionnée), ainsi que des migraines. Ces médecins rappelaient que l'assuré avait déjà présenté en 2008, suite à des lombocruralgies gauches, des troubles sensitivomoteurs des membres inférieurs, avec lâchages et tremblements intermittents, associés à des céphalées, pour lesquels le bilan étiologique large s'était à l'époque révélé dans la norme, et indiquaient que l'assuré leur décrivait une exacerbation desdits symptômes. Ils ont conclu que l'examen ne démontrait ni déficit clinique, ni déficit électrophysiologique. Par ailleurs, il n'y avait actuellement pas d'argument pour un syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire en lien avec la hernie discale. Ainsi, ils retenaient que l'origine des troubles restait encore indéterminée, soulignant tout de même que, dans le contexte d'antécédents de douleurs d'origine probablement somatoforme – ce qui ressortait d'un bilan extensif réalisé en 2008 –, il existait des arguments en faveur d'une éventuelle rechute de ces troubles fonctionnels. A compter du 21 août 2017, l'assuré a entrepris une reprise thérapeutique de son activité professionnelle auprès de son employeur à un taux de 40 %. Dans un rapport du 19 septembre 2017, le Dr P. _____, spécialiste en chiropratique, a mentionné que les troubles de l'assuré étaient clairement fonctionnels, tous les examens subis n'étant pas à même d'expliquer les atteintes. Il a néanmoins noté que son patient n'était ni revendicatif, ni simulateur et que ses troubles l'affectaient réellement dans sa vie quotidienne et dans son activité professionnelle. Il a ainsi suggéré l'octroi d'une rente d'invalidité à titre exceptionnel, ayant l'impression que le système nerveux de l'assuré « dysfonctionnait », et estimé la capacité de travail à 30 %, dans une activité sans port de lourdes charges (soit de plus de 15 kg), sans position assise d'une durée supérieure à une heure consécutive, sans travaux sur échelle ou en hauteur et sans travaux en position agenouillée. Dans un rapport du 21 septembre 2017, les Dres A. _____, spécialiste en neurologie et chef de clinique adjointe, et Q. _____, médecin-adjointe auprès de l'Hôpital E. _____, ont posé le diagnostic principal de troubles neurologiques fonctionnels (avec trouble de la marche et secousses musculaires intermittentes irrégulières à prédominance des membres inférieurs, distractibles, sans claire stéréotypie et épargnant le tronc), ainsi que les diagnostics secondaires de migraines sans aura et de lombalgies chroniques. Elles ont retenu que la symptomatologie avait été possiblement déclenchée par des lombalgies récidivantes, sans signes cliniques et électrophysiologiques (ENMG ; électroneuromyogramme) d'une atteinte radiculaire. Elles ont exposé que les troubles neurologiques fonctionnels étaient souvent d'intensité fluctuante et précisé que, par définition, on ne retrouvait pas de corrélats structurels à l'imagerie, mais que cela ne signifiait pas qu'il s'agissait d'une simulation. Le 19 mars 2018, le Dr H. _____ a transmis à l'OAI un rapport du 2 mars 2018 des Dres A. _____ et Q. _____, lesquelles maintenaient le diagnostic principal de troubles neurologiques fonctionnels moteurs avec trouble de la marche et secousses musculaires intermittentes, rapportaient une amélioration des douleurs lombaires chroniques et, depuis peu, l'absence de récurrence des mouvements involontaires fonctionnels, et notaient que l'assuré avait fait état de douleurs abdominales avec des valeurs hépatiques élevées, ainsi que d'un érythème avec prurit. Dans un rapport du 17 juillet 2018, les Dres A. _____ et Q. _____ ont confirmé, subjectivement et objectivement, une évolution lentement favorable, malgré la persistance de fluctuations au niveau de l'intensité des douleurs lombaires chroniques, des troubles visuels et des secousses musculaires involontaires intermittentes. Dans un rapport d'évaluation interdisciplinaire du 27 août 2018, réalisé au sein de l'Hôpital E. _____, les Drs N. _____ et Z. _____, tous deux spécialistes en anesthésiologie et médecins-chefs,

BB._____, spécialiste en rhumatologie et médecin-chef, et AA._____, médecin-assistante, ainsi que CC._____, physiothérapeute, ont principalement diagnostiqué un trouble chronique généralisé de la douleur, avec notamment des spasmes musculaires intermittents accompagnés d'un dysfonctionnement moteur neurologique fonctionnel. Ils ont constaté que les résultats des examens cliniques n'expliquaient pas l'étendue des plaintes et que la localisation changeante et les fluctuations d'intensité des douleurs associées à l'absence intermittente des symptômes indiquaient plutôt une origine fonctionnelle. En particulier, les douleurs décrites ne pouvaient pas être attribuées à une maladie rhumatologique. De même, les symptômes neurologiques n'étaient pas objectivables. Dans un avis du 24 octobre 2018, la Dre I._____, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), a requis la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et neurologique, laquelle a été confiée à la Clinique G._____. (ci-après : la Clinique G._____). Dès le 1^{er} novembre 2018, l'assuré a repris son activité habituelle auprès de son employeur à un taux de 40 %. A teneur d'une décision du 18 juin 2019, la Caisse de pension B._____ (ci-après : la Caisse de pension B._____) a octroyé à l'assuré le droit à une pension d'invalidité définitive partielle de 60 % à compter du 1^{er} août 2019, laquelle faisait suite à la rente de 20 % déjà accordée dès le 1^{er} août 2013. Dans un rapport d'expertise du 15 juillet 2019, les Drs DD._____, spécialiste en rhumatologie, EE._____, spécialiste en médecine interne générale, FF._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et GG._____, spécialiste en neurologie, ont diagnostiqué principalement un trouble dissociatif mixte, lequel était à l'origine des plaintes multiples et variées de l'assuré. Ce trouble psychiatrique n'atteignait pas une gravité suffisante pour affecter la capacité de travail de l'assuré, mais justifiait néanmoins une baisse de rendement de 20 % dans l'activité habituelle. Ils ont également posé les diagnostics de rachialgies non spécifiques et de discopathies protrusives cervicales de C5 à D1, atteintes qui étaient toutefois impropres à expliquer tout ou partie du tableau douloureux et qui n'entraînaient aucune incapacité de travail. Dans un avis SMR du 27 août 2019, la Dre I._____ s'est fondée sur le rapport d'expertise établi le 15 juillet 2019 par la Clinique G._____ pour retenir une capacité de travail exigible de 80 %, que cela soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles correspondaient à une endurance légèrement à moyennement abaissée et une diminution de la capacité à évoluer au sein d'un groupe. Par projet de décision du 19 décembre 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser toute rente d'invalidité, compte tenu de sa capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée, depuis 2008. Le 10 février 2020, l'assuré a contesté le projet de décision, faisant valoir que sa capacité de gain était de 40 % et que son institution de prévoyance LPP lui avait reconnu un taux d'invalidité de 60 % dès le 1^{er} août 2019. Par décision du 22 avril 2020, l'OAI a confirmé à l'assuré le refus de rente. B. a) Par acte du 20 mai 2020, R._____, désormais représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 22 avril 2020, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'un trois-quarts de rente d'invalidité lui soit allouée dès le 1^{er} juillet 2017, subsidiairement à son annulation avec renvoi à l'office intimé pour instruction supplémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il contestait la capacité de travail exigible retenue, estimant être capable de travailler au maximum à un taux de 40 %, ceci dans un environnement professionnel adapté à son état de santé. b) Dans sa réponse du 3 juillet 2020, l'OAI a

conclu au rejet du recours, se prévalant de ce que l'instruction médicale menée était complète et probante. c) Répliquant successivement les 13 juillet, 19 août et 20 août 2020, R._____ a confirmé ses conclusions et contesté la valeur probante du rapport d'expertise du 15 juillet 2019. Son argumentation portait en particulier sur le manque d'objectivité et sur l'apparence de prévention des experts de la Clinique G._____. De surcroît, il a indiqué être désormais suivi par le Dr L._____, spécialiste en chiropratique spécialisée, dont l'appréciation devait être recueillie. Enfin, il a produit les pièces suivantes : - un rapport du 30 juin 2020 de la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de O._____, psychologue et psychothérapeute, lesquelles indiquaient que R._____ était suivi depuis le 28 mai 2018 auprès du Centre J._____. En lien avec l'avis des experts de la Clinique G._____, selon lequel l'assuré pouvait dérouler précisément et calmement une série impressionnante de plaintes sans afficher une expression de douleur et de détresse, ces praticiennes relevaient que cette indifférence émotionnelle ne signifiait pas que les nombreux symptômes de leur patient ne se traduisaient pas chez lui en une détresse émotionnelle profonde et inconsciente, laquelle « le handicapait de manière fluctuante et imprévisible » et ne devait pas être sous-évaluée. Pour ces raisons, il fallait lui permettre « d'utiliser pour le moment un filet de sécurité par une demi-rente d'invalidité » ; - un rapport du 14 août 2020 de la Dre Q._____, laquelle estimait que d'un point de vue purement neurologique, une reprise progressive de l'activité professionnelle était recommandée dans des cas de troubles neurologiques fonctionnels et devait se limiter à un taux initial de 10 à 20 %, pour augmenter lentement et progressivement selon l'évolution clinique. d) Dupliquant le 8 septembre 2020, l'OAI a également maintenu ses conclusions et produit un avis SMR du 27 août 2020 de la Dre I._____. e) Dans des déterminations des 2 novembre et 15 décembre 2020, R._____ a remis en cause la prise de position de la Dre I._____ et produit un rapport du 26 octobre 2020 du Dr L._____, lequel indiquait que des nouveaux examens avaient fait apparaître une problématique auto-immunitaire. f) A teneur de son ordonnance du 28 janvier 2021, le juge instructeur a indiqué qu'après examen des pièces au dossier, il n'estimait pas nécessaire en l'état d'ordonner des mesures d'instruction complémentaires, soit l'audition de témoins et une expertise médicale pluridisciplinaire. Il a également octroyé un délai à R._____ pour se déterminer sur le maintien de sa requête tendant à la tenue d'une audience de débats publics. g) Dans ses déterminations du 5 février 2021, R._____ a indiqué au juge en charge de l'instruction s'en remettre à son appréciation relativement à la tenue d'une audience de débats publics, tout en précisant qu'il aurait souhaité brièvement s'exprimer, sans en faire « une affaire de principe ». h) Se déterminant les 27 et 31 mai 2021, R._____ a formellement réitéré sa demande de mise en œuvre d'une investigation expertale. Pour appuyer sa requête, il s'est référé à un rapport du 20 mai 2021 du Dr L._____, lequel exposait ce qui suit (sic) : R._____ présente des troubles neurologiques en évolution depuis 2008. Ces troubles sont caractérisés par une symptomatologie multiple et complexe, fluctuante en intensité et en fréquence. Cette symptomatologie inclut mais n'est pas limitée à une ataxie avec troubles de l'équilibre et de la marche, des spasmes / tétanies des membres inférieurs sous forme de dyskinésie et de mouvements involontaires et de contractions musculaires dystoniques, impression de lâchage et de tremblements des membres inférieurs, des douleurs généralisées, une rigidité et réduction de mobilité du rachis, des sensations de brûlure, de paresthésies et de démangeaisons, une importante fatigue, des troubles visuels, des troubles du sommeil, des périodes de sudation et des incontinences fécales. Malgré de nombreuses investigations

menées à ce jour, la symptomatologie reste médicalement inexpliquée, au point que l'expertise médicale du 15 juillet 2019 pose un diagnostic de trouble dissociatif mixte F44.7 à l'origine des plaintes. La réalité des plaintes n'est pas remise en question par les quatre experts consultés, qui reconnaissent une production inconsciente dans le cadre d'un syndrome de conversion. Ces experts concluent qu'aucun facteur authentiquement somatique ne vient limiter la capacité de travail. Les examens réalisés de mon côté apportent plusieurs éléments cliniques qui n'ont pas encore été retenus à ce jour. R._____ présente une élévation marquée des anticorps anti-nucléaires et anti-cytoplasmiques à 1/320. Le Dr X._____ a écarté une maladie auto-immunitaire diagnosticable. Il n'en reste pas moins qu'il y a clairement des signes de la présence d'un processus auto-immunitaire qui n'entre pas dans le cadre d'une pathologie spécifique. Bien qu'une maladie cœliaque ait pu être écartée, R._____ est positif pour l'allèle DQA1*05 qui est un des deux allèles créant le sérotype DQ2, un facteur de risque de maladie cœliaque. La présence de cet allèle confère un risque accru de maladie cœliaque multiplié par trois. Même si cela reste infiniment moindre que la présence des deux allèles de DQ2 qui augmentent le risque de 157 fois, la présence de cet allèle suggère néanmoins une susceptibilité génétique à l'encontre du gluten. Nous avons réalisé un examen complémentaire des réactivités au protéome du gluten auprès du laboratoire spécialisé S._____ aux [...] qui a confirmé une réactivité à la gliadine 33 et à la glutéomorphine. Ces examens confirment donc clairement que R._____ présente une forme de sensibilité non-cœliaque au gluten. Les problématiques liées au gluten sont essentiellement liées, en médecine classique, à une maladie cœliaque. Cependant, les travaux de Hadjivassiliou en Angleterre ont clairement montré que certains patients pouvaient développer des troubles neurologiques liés au gluten en absence d'entéropathie intestinale. Une sensibilité au gluten a été mise en évidence dans l'ataxie au gluten - la cause la plus fréquente des ataxies sporadiques - un syndrome caractérisé par différents troubles de la fonction cérébelleuse, principalement de l'ataxie des membres inférieurs. La sensibilité au gluten est également associée à divers troubles du mouvement, à des neuropathies des petites fibres et au « Stiff person syndrome » (SPS) un syndrome neurologique rare caractérisé par de la raideur et de la rigidité dans les jambes et le tronc, des spasmes douloureux, de l'ataxie et des dysfonctions du tronc cérébral. Sur les bases des éléments cliniques et de laboratoire, mon impression clinique est que la symptomatologie de R._____ est, en partie du moins, explicable par un chevauchement de différents syndromes neurologiques rares (ataxie au gluten, neuropathie au gluten et SPS), mais bien décrits dans la littérature scientifique, qui trouvent leur origine dans une atteinte neurologique immunitaire (« immunemediated ») engendrée par une sensibilité non-cœliaque au gluten. Le fait que ces différents syndromes sont souvent imbriqués et qu'ils n'entrent pas dans des catégories diagnostiques médicales classiques ne doit pas nous faire perdre de vue qu'ils sont réels et bien décrits dans la littérature. Les troubles neurologiques de R._____ ont donc, en partie du moins, une origine biologique et sa capacité de travail est effectivement affectée. Sa symptomatologie physique est donc réelle et ne peut pas être uniquement attribuable à un diagnostic psychiatrique. En conséquence, et au contraire de ce que conclut l'expertise médicale de 2019, sa capacité de travail est bel et bien affectée. J'estime personnellement que R._____ présente une incapacité de travail de 60 % à 70 %. La présentation sporadique et fluctuante caractéristique de ce type de syndromes neurologiques rendent difficile l'évaluation des capacités de travail de R._____. C'est pourquoi je recommande que, au-delà de la reconnaissance de son incapacité de travail, R._____ puisse bénéficier

d'une évaluation complète de ses capacités. Afin de prendre en compte la présentation fluctuante de la symptomatologie, il est essentiel que cette évaluation porte sur plusieurs semaines et qu'une décision soit prise sur la base des capacités de R. _____ lors des phases les plus péjorées de la présentation clinique. [...] i) Le 14 juin 2021, l'OAI a communiqué un avis SMR du 7 juin 2021 de la Dre I. _____, laquelle considérait que le rapport du 20 mai 2021 du Dr L. _____ correspondait à une appréciation différente d'un même état médical. Elle relevait par ailleurs que la problématique des symptômes fluctuants avait été évaluée au cours d'une hospitalisation de trois jours auprès de la Clinique G. _____. Enfin, elle soulignait que, indépendamment de l'origine des symptômes – avec ou sans substrat biologique –, la capacité de travail devait être appréciée sur la base des limitations fonctionnelles de R. _____, lesquelles étaient faibles selon les experts de la Clinique G. _____. j) Le 9 juillet 2021, R. _____ a contesté l'avis SMR du 7 juin 2021, notamment au vu de sa brièveté et du fait qu'il ne prenait pas en compte le caractère fluctuant et évolutif de sa symptomatologie. En particulier, il récusait le fait qu'il avait été hospitalisé auprès de la Clinique G. _____. Dès lors, il n'avait pas été possible d'effectuer un suivi sur la durée et d'évaluer ses symptômes fluctuants, ce qu'aurait permis une hospitalisation, éléments justifiant la mise en œuvre d'une nouvelle évaluation expertale.

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. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation. 3. 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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, 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. 4. a) Pour pouvoir 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). 5. a) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, 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). 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 l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré 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 l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). 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 (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré 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).

6. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 360 consid. 5b). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 319 consid. 5a).

7. En l'occurrence, le recourant se plaint du défaut de valeur probante du rapport d'expertise du 15 juillet 2019 et soulève à cet égard des critiques de différentes natures. a) Sur le plan formel, il y a lieu de constater que le rapport d'expertise du 15 juillet 2019 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. aa) En l'occurrence, les experts ont tous individuellement rencontré le recourant, examens ayant fait l'objet de trois rapports détaillés en matière psychiatrique, rhumatologique et neurologique. Ils se sont ensuite concertés et ont rendu un rapport de synthèse contenant une évaluation consensuelle de la situation. Ils ont examiné le dossier médical complet du recourant, prenant notamment en compte le dossier d'imageries fourni par celui-ci. Ils sont revenus sur son historique familial, personnel et professionnel, ainsi que sur le contexte social dans lequel il évoluait, et se sont également renseignés sur ses loisirs, ainsi que sur ses activités quotidiennes et sur son emploi du temps. Les experts ont ensuite fait état de manière circonstanciée des plaintes de l'expertisé, mentionnant une fatigabilité accompagnée de troubles du sommeil, un sentiment d'incapacité à reprendre l'activité professionnelle, des troubles visuels variables (diplopie de l'œil droit et sensation de flou visuel de l'œil gauche), la nécessité d'utiliser une canne pour se déplacer, des blocages et tétanies du dos, des douleurs lombaires, des

tremblements intermittents (décrits par le recourant comme « des spasmes musculaires de l'ensemble de son corps » et touchant particulièrement les membres inférieurs), un manque d'équilibre, des problèmes d'incontinence (défécations incontrôlées et urgences mictionnelles), des problèmes d'ordre dermatologique (furoncles), des migraines (de type pulsatile, latéralisées et accompagnées de nausées, ainsi que d'une légère photophobie et sonophobie) et des douleurs et contractions cervicales et paravertébrales latéralisées à droite ou à gauche. A cet égard, il sied de constater que les multiples plaintes mentionnées par les experts correspondent à celles décrites dans les différents rapports médicaux au dossier. Le rapport d'expertise est par ailleurs structuré et ses conclusions quant au diagnostic et à la capacité de travail sont motivées et fondées sur des constatations objectives. S'agissant plus particulièrement de l'expertise psychiatrique, le Dr FF. _____ a procédé à un examen des différents indicateurs posés par la jurisprudence, en étudiant la personnalité du recourant, en évaluant les traitements, les mesures de réadaptation mises en œuvre et les chances de guérison, en examinant la cohérence et la plausibilité des troubles et en appréciant les limitations, les ressources et les difficultés de l'expertisé. bb) Au vu de ce qui précède, les différentes imprécisions relevées par le recourant (notamment quant à l'historique médical de sa famille, aux erreurs de date et aux motivations l'ayant conduit à réduire son taux d'activité au 1^{er} août 2013) ne portent nullement sur des éléments déterminants pour l'appréciation de la situation médicale. Ces griefs doivent donc être écartés et ne remettent pas en cause la force probante de l'expertise. b) Sur le plan matériel, les experts ont retenu au terme de leur évaluation consensuelle que les plaintes exprimées par le recourant présentaient essentiellement une apparence neurologique et étaient « d'une multiplicité déroutante », décrites avec force détails et variables d'un jour à l'autre. Néanmoins, ces symptômes étaient « atypiques » et, partant, de nature fonctionnelle, aucune base organique ne pouvant être retenue. En l'absence de toute explication objective aux plaintes multiples, les experts ont fait état d'un comportement paradoxal « associant une multitude de plaintes pour justifier l'incapacité du recourant à augmenter son temps de travail, mais ne l'empêchant pas d'exercer une vie normale et active », comportement qui soulevait l'hypothèse de troubles psychiques prédominants. Ce faisant, ils ont reconnu une production inconsciente dans le cadre d'un syndrome de conversion et retenu le diagnostic de trouble dissociatif mixte, compte tenu de l'authenticité (« bien perçue par les experts »), l'absence de tout calcul et la candeur de l'expertisé. aa) Sur le plan rhumatologique, le Dr DD. _____ a considéré que les douleurs lombaires décrites correspondaient à des rachialgies non spécifiques, lesquelles n'entraînaient aucune limitation objective à l'examen clinique. Quant à la mobilité, tant rachidienne que des articulations périphériques, elle était d'amplitude parfaitement normale. A l'imagerie, ils trouvaient des discopathies protusives cervicales C5 à D1, impropres à expliquer tout ou partie du tableau douloureux. Ces observations coïncident avec les appréciations des médecins qui se sont exprimés au cours de la procédure, lesquels ont également constaté l'absence de substrat organique rhumatologique propre à expliquer la symptomatologie. A cet égard, les Drs C. _____ et K. _____ retenaient, dans leur rapport du 6 mars 2017, une petite hernie discale L3-L4 sans syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Le Dr P. _____ mentionnait, dans son rapport du 19 septembre 2017, des petites protrusions discales médianes paramédianes gauches en C6-C7 et C7-D1, des petites hernies sous-ligamentaire D1-2 médiane et discales paramédianes à droite en L3-L4 et à gauche en L5-S1, ainsi qu'un micro-adenome hypophysaire en contact de la racine de la glande pituitaire, tout en précisant que ces quelques anomalies n'étaient pas à même d'expliquer les troubles. Quant aux

Dres A. _____ et Q. _____, il ressort de leur rapport du 21 septembre 2017 que la symptomatologie douloureuse avait été possiblement déclenchée par des lombalgies récidivantes, sans signes cliniques et électrophysiologiques (examen ENMG) d'une atteinte radiculaire. Enfin, le rapport d'évaluation interdisciplinaire du 27 août 2018 de l'Hôpital E. _____ indiquait que les douleurs décrites ne pouvaient pas être attribuées à une maladie rhumatologique sous-jacente sur la base des données cliniques, anamnestiques et antérieures du dossier ; l'examen clinique avait bien plutôt révélé une libre mobilité des articulations périphériques et, axialement, des troubles dégénératifs préexistants étaient connus dans la région lombaire avec une discrète irritation des articulations facettaires. bb) Sur le plan neurologique, le Dr GG. _____ a considéré qu'il n'y avait pas d'anomalie qui pouvait orienter vers une pathologie organique du système nerveux central ou périphérique. Le tableau subjectif était au contraire très polymorphe et mal systématisé, comme c'était le cas dans les troubles fonctionnels. Ces observations rejoignent celles des neurologues qui ont examiné le recourant au cours de la procédure, lesquels ont également retenu que les examens réalisés se trouvaient dans la norme et n'expliquaient pas l'étendue des plaintes. Tel a notamment été le cas des Dres A. _____ et Q. _____ dans leur rapport du 21 septembre 2017 et des Drs C. _____ et K. _____ dans leur rapport du 6 mars 2017, lesquels relevaient que l'examen ne démontrait ni déficit clinique, ni déficit électrophysiologique, ce qui permettait d'exclure une polyneuropathie des grosses et petites fibres, ainsi qu'une anomalie sur les trajets des voies cortico-spinales. De même, le rapport d'évaluation interdisciplinaire du 27 août 2018 de l'Hôpital E. _____ indiquait que les symptômes neurologiques n'étaient pas objectivables. cc) Sur le plan psychiatrique, le Dr FF. _____ a écarté la possibilité d'une majoration intentionnelle (soit une simulation), ainsi que d'une production consciente des symptômes (soit un trouble factice), bien que la présentation démonstrative et variable (selon le type d'examen pratiqué) du recourant pouvait suggérer une production intentionnelle. Il a finalement diagnostiqué un trouble dissociatif mixte, sur la base du caractère authentique du recourant, retenant une production inconsciente des symptômes. dd) Compte tenu de la situation diagnostique, les experts ont évalué globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives du recourant en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitants les capacités fonctionnelles, et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources). i) Les experts ont tout d'abord relevé qu'aucun facteur authentiquement somatique ne venait limiter la capacité de travail, que la question de la difficulté pour le recourant, dans le cadre de la reprise professionnelle (incomplète depuis le mois d'octobre 2018), de s'adapter aux exigences de l'enseignement ne s'expliquait par aucune limitation cognitive de ses ressources, même s'il l'évoquait subjectivement, et que la capacité à exercer une activité professionnelle n'était que peu limitée par les plaintes subjectives. ii) Certes, les experts ont à diverses reprises mentionné que l'expertisé leur avait indiqué que sa symptomatologie était instable d'un jour à l'autre et qu'il « ne savait pas à quoi s'attendre le matin en se levant ». Les médecins qui se sont déterminés au cours de la procédure ont également noté la fluctuation des symptômes, dont notamment le Dr P. _____ dans son rapport du 19 septembre 2017, les Dres A. _____ et Q. _____ dans leur rapport du 17 juillet 2018 et les médecins de l'Hôpital E. _____ dans leur rapport du 27 août 2018. C'est précisément en raison de la constatation et de l'admission du caractère variable de la symptomatologie, ainsi que de l'absence d'un substrat organique permettant de l'expliquer, que les experts et les médecins ont unanimement retenu des troubles neurologiques fonctionnels. Il y a dès lors lieu d'écarter

l'argument du recourant selon lequel les experts n'auraient pas pris en compte le fait que son état de santé évoluait « en dent de scie » et qu'au moment de l'expertise, il était dans une période d'accalmie. iii) Le Dr FF. _____ retenait que l'évaluation structurée des limitations psychiques et des ressources montrait une prédominance des ressources sur de faibles limitations fonctionnelles, à savoir une endurance légèrement et moyennement abaissée par les douleurs et troubles du sommeil qui en découlaient, ainsi qu'une capacité à évoluer au sein d'un groupe diminuée par le vécu douloureux. En effet, le recourant démontrait des capacités préservées de comprendre les consignes et de s'y adapter, d'attention et de concentration (les difficultés cognitives étant avant tout subjectives et n'apparaissant pas de façon évidente au status psychiatrique), de planification et de structuration, de prendre des décisions et d'émettre un jugement, d'affirmation et de déplacement. Par ailleurs, il avait de bonnes compétences spécifiques, son sens du contact était préservé, les activités spontanées étaient fournies et les relations avec les proches étaient source de soutien, le recourant décrivant une relation conjugale satisfaisante, ainsi que l'absence de conflit avec les enfants et son ex-compagne. L'expertisé se disait également soutenu sur le plan du réseau amical. iv) Sur le plan de la cohérence, l'expert psychiatrique relevait que dans son fonctionnement social, interpersonnel et familial, le recourant démontrait des ressources et exerçait des activités spontanées et de loisir, ce qui ne cadrerait pas avec une pathologie psychiatrique sévère impactant les différents domaines comparables de la vie, de sorte qu'on ne pouvait retenir une limitation uniforme dans tous les domaines de la vie et le poids des souffrances alléguées méritait d'être pondéré. Il a précisé que même si un trouble psychique avait été mis en évidence, on ne pouvait exclure la participation de facteur extra-médicaux, d'ordre motivationnel – le recourant ayant indiqué la lassitude éprouvée pour son métier –, lesquels pourraient amener l'expertisé à ne pas exploiter sa capacité de travail dans le futur. Dans leur rapport de synthèse, les experts ont souligné avoir « été frappés par le côté déroutant et paradoxal du recourant, possédant une documentation impressionnante, notamment un enregistrement vidéo, visant à convaincre de l'authenticité de ses symptômes en dépit de leur variabilité », ceci alors que celui-ci décrivait simultanément « une existence parfaitement normale et ne faisait pas mystère de ses activités physiques dans la vie courante (entretien de sa maison, bricolage, etc.) ». A cet égard, ils ont estimé de façon unanime que la cohérence entre les symptômes et leur organicité, respectivement la description du recourant de sa vie quotidienne très active (notamment l'entretien de sa maison et de son jardin et les activités de loisir, telles que la mécanique sur son mini-bus ou la pratique du wellness et de la piscine), était totalement absente. Le Dr FF. _____ a ainsi mentionné qu'il avait été frappé par le hiatus entre l'importance des plaintes et les activités quotidiennes décrites par le recourant. Le Dr DD. _____ a, pour sa part, décrit le recourant comme étant très actif dans sa vie quotidienne, dans la mesure où il marchait chaque jour une à deux heure(s), se déplaçait au moyen d'un mini-bus, effectuait les travaux d'entretien de sa maison (utilisation d'une fraiseuse pour déneiger en hiver, de la tondeuse à gazon et d'autres instruments de jardin, telle que la débroussailleuse) et était bronzé (le recourant ayant indiqué à cet égard « ne pas supporter être dedans ») ; s'il a relevé l'authenticité et l'absence de toute méfiance du recourant dans le contexte de l'expertise, il a néanmoins précisé qu'il existait un écart « monumental » entre, d'une part, les allégations de handicap – même en tenant compte de la variabilité de la symptomatologie – et, d'autre part, ses propres constatations cliniques et les activités quotidiennes décrites par le recourant. La constatation de ces comportements paradoxaux constitue un élément essentiel ayant permis aux experts de retenir que le

recourant ne simulait et ne majorait pas sa symptomatologie, partant de poser le diagnostic de trouble dissociatif mixte avec production inconsciente – et non consciente – comme origine de ses plaintes multiples et variées. Il s'agit donc bien de constatations objectives relevantes dans le cadre d'un examen global interdisciplinaire, et non de jugements de valeur portés sur la personne du recourant. Contrairement à ce que soutient ce dernier, la mention par les experts de ces paradoxes n'est pas la preuve de leur incompréhension, négligence et partialité, mais bien plutôt le reflet du caractère exhaustif de l'examen des indicateurs auquel ont procédé les experts. v) S'il est exact que le traitement du recourant est en partie physique avec de la physiothérapie (fitness médicalisé une fois par semaine), tel que mentionné d'ailleurs par le Dr DD. _____ dans le rapport d'expertise, il est incontestable que les nombreuses activités pratiquées par le recourant – il est singulièrement fait référence à l'entretien de sa maison et au bricolage – dépassent le cadre strictement médical. Le recourant ne saurait donc rien tirer de la critique selon laquelle les experts auraient évoqué ses diverses activités de manière orientée, en omettant de préciser qu'elles étaient exercées dans un but thérapeutique. c) Les différents rapports produits au cours de la procédure, aussi bien administrative que judiciaire, ne permettent pas de susciter un doute quant au bien-fondé des conclusions rendues par les experts, ou, à tout le moins, de justifier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Ainsi les éléments mis en évidence par le Dr L. _____ dans son rapport du 20 mai 2021 ne permettent pas de remettre en cause les conclusions consensuelles de l'expertise réalisée par la Clinique G. _____. Si les investigations récentes ouvrent de nouvelles perspectives quant à la compréhension de la problématique et quant à la prise en charge thérapeutique, elles ne suffisent pas à remettre en cause l'appréciation des experts relative à l'influence des symptômes sur la capacité de travail. Quant aux rapports du 30 juin 2020 de la Dre M. _____ et de O. _____ et du 14 août 2020 de la Dre Q. _____, ils n'apportent aucun élément nouveau. d) L'expertise réalisée par la Clinique G. _____ ne prête ainsi pas le flanc à la critique et il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des experts, aux termes desquelles le recourant présente, en raison d'un trouble dissociatif mixte, une capacité résiduelle de travail de 80 %, quelle que soit l'activité envisagée. 8. S'agissant enfin de la décision du 18 juin 2019 de la Caisse de pension B. _____, laquelle a retenu un taux d'invalidité de 60 % dès le 1^{er} août 2019, la question pertinente est de déterminer si la décision de l'office intimé doit influencer l'appréciation de la caisse de prévoyance professionnelle, et non l'inverse. En effet, on rappellera que dans le système de la prévoyance professionnelle, la loi fédérale du 25 juin 1982 sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité (LPP ; RS 831.40), respectivement le règlement de prévoyance, déterminent les conditions auxquelles les différentes prestations sont allouées. Si une institution de prévoyance reprend – explicitement ou par renvoi – la définition de l'invalidité de la LAI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation des organes de cette assurance, sauf si cette estimation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 138 V 409 consid. 3.1). Cette force contraignante de la décision de l'organe de l'assurance-invalidité pour l'institution de prévoyance vaut notamment pour la fixation du degré d'invalidité et repose sur l'idée de décharger celle-ci de mesures d'instruction relativement importantes (TF 9C_122/2017 du 20 décembre 2017 consid. 2.3 et les références citées). Or, en l'occurrence, le règlement de prévoyance prévoit une procédure d'octroi de prestations en cas d'invalidité qui lui est propre, notamment à ses art. 61 et 62. De même, il ne renvoie pas directement à la décision relative au droit à la rente d'invalidité prise par les organes de l'intimé. Par conséquent, la Caisse de pension B. _____ n'est pas liée par l'appréciation de l'invalidité effectuée par

l'intimé, lequel ne saurait réciproquement pas voir sa propre évaluation influencée par celle de la caisse de prévoyance. 9. a) L'obligation d'organiser des débats publics au sens de l'art. 6 § 1 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) suppose une demande formulée de manière claire et indiscutable de l'une des parties au procès (ATF 136 I 279 consid. 1 ; 122 V 47 consid. 2e, 3a et 3b ; TF 9C_442/2018 du 16 octobre 2018 consid. 2.1 et 2.2). Toutefois, on ne saurait considérer que tel a été le cas en l'occurrence, dans la mesure où le recourant s'en est remis à l'appréciation de la Cour de céans dans son courrier du 5 février 2021, mentionnant de manière équivoque « souhaiter s'exprimer sans en faire une affaire de principe ». b) Pour le reste, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, que ce soit son audition ou la mise en œuvre d'une expertise judiciaire (appréciation anticipée des preuves ; TF 8C_253/2020 du 12 novembre 2020 consid. 3.2 et les références citées). 10. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision du 22 avril 2020 confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision du 22 avril 2020 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de R._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour R._____), ■ 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.