

VD_GERICHTE ZD20.031902 vom 29. September 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-09-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.031902

FR: VD_GERICHTE ZD20.031902 du 29 septembre 2021

IT: VD_GERICHTE ZD20.031902 del 29 settembre 2021

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 235/20 - 287/2021 ZD20.031902 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 29 septembre 2021 _____ Composition : Mme DESSAUX,
présidente M. Bonard et Mme Silva, assesseurs Greffier : M. Germond ***** Cause
pendante entre : D. _____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Guyaz, avocat
à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE
VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 6 s., 17 al. 1 et 61 let. c LPG ; 4 al. 1 et
28 al. 2 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. a) D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est divorcé
et remarié. Il est également père de deux jumelles nées en [...]. Titulaire d'un certificat
fédéral de capacité (CFC) de coiffeur obtenu en [...], après avoir œuvré quelques années en
tant qu'indépendant, il a travaillé, du 18 décembre 2000 au 30 novembre 2001, comme
coiffeur pour le compte de la société B. _____ SA à [...]. Son salaire annuel était de
48'000 francs (4'000 fr. servi douze fois l'an). b) Le 10 octobre 2005, l'assuré a déposé une
première demande de prestations AI pour adultes (orientation professionnelle) en indiquant
souffrir de mal de dos, ainsi que de problème d'intestin et de foie depuis cinq ans. Dans le
cadre de l'instruction de cette demande, au vu du manque de renseignements fournis par le
médecin traitant sur les lombalgies et l'état anxio-dépressif, ainsi que du jeune âge de
l'assuré (avis médical SMR [Service médical régional de l'assurance-invalidité] du 4
décembre 2006), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI
ou l'intimé) a confié la réalisation d'une expertise au J. _____ (J. _____) de [...].
Dans leur rapport du 26 janvier 2007, les Drs A. _____, spécialiste en rhumatologie, et
G. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont posé les diagnostics, sans
répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques, de diarrhées d'origine
pour l'instant indéterminée et de probable dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme
(F45.3). En guise de conclusions, ils ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était
totale dans son activité de référence (possibilité d'alterner les positions debout ou assise et
pas de port de lourdes charges), comme en toute autre activité. Des mesures de réadaptation
professionnelle n'étaient pas indiquées. Par projet puis décision du 31 janvier 2008, l'OAI a
rejeté la demande de prestations de l'assuré. Cette décision n'a pas été contestée.

- 3 - c) Sans activité lucrative depuis le mois d'août 2004, D. _____ a déposé une
nouvelle demande de prestations AI (mesures professionnelles/rente) le 28 août 2012. En
incapacité de travail depuis le mois de janvier 2006, il indiquait souffrir de troubles digestifs
et psychiques (anxiété, dépression) depuis quinze ans. Il a remis en ce sens un rapport du 29
novembre 2007 du Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ainsi
qu'un rapport du 25 septembre 2012 du Dr O. _____, spécialiste en médecine interne
générale, médecin traitant. Dans le cadre de la procédure d'audition à la suite d'un projet de

décision de refus d'entrer en matière sur la demande de prestations du 1er février 2013, l'assuré a produit un rapport du 5 mars 2013 du Centre de Psychothérapie des P. _____ (Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie) retenant les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique (F32.2), de trouble panique (F41.0), d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de trouble mixte de la personnalité (F61.0), et estimant la capacité de travail comme actuellement nulle sans plus ample précision. Après avoir requis le point de vue du SMR sur les derniers renseignements recueillis (avis médical du 11 avril 2013), l'OAI a confié au Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de D. _____. Dans son rapport du 11 septembre 2013, cet expert a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen [F33.1]) et d'un trouble panique avec agoraphobie (F40.01) ainsi que celui, sans incidence, d'hyperphagie boulimique (F50.4) remontant à de nombreuses années. Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr R. _____ se termine comme suit : "Conclusions Votre assuré est un homme de 41 ans, divorcé et remarié. Il compte deux enfants en bas âge.

- 4 - Les antécédents psychiatriques remontent au début de l'âge adulte. Les troubles se sont aggravés ces dernières années. L'assuré ne travaille plus depuis 2004. Sur la base d'un trouble panique avec agoraphobie et d'un trouble dépressif récurrent dont la présentation a pris aujourd'hui ses galons de chronicité, l'expert admet une incapacité de travail psychiatrique de 50%. Ce qu'observe le soussigné est moins grave que ce qui se dégage du rapport du médecin psychiatre traitant. La pathologie anxieuse n'a pas une gravité telle qu'on doive lui corrélérer des limitations majeures. L'assuré a des ressources. Il a géré correctement le processus d'expertise. Il reste autonome. Il a pu voyager seul avec les transports publics entre [...] et [...] pour la présente évaluation médicale. Il peut communiquer normalement. Une incapacité de travail de 100% n'est pas justifiée. Cette incapacité remonte vraisemblablement à une période comprise entre le rapport COMAI de [...] de 2007 et l'année 2013 où le rapport psychiatrique E. _____ documente de façon circonstanciée la pathologie psychiatrique de M. D. _____. Il est difficile de prendre en compte le rapport T. _____ qui décrit une pathologie psychiatrique grave quelques mois seulement après l'expertise de [...]. Il est par contre vraisemblable que le dépôt d'une deuxième demande de prestations à votre institution en août 2012 soit un jalon significatif de cette aggravation. Pour ces motifs et à défaut de pouvoir faire mieux, le soussigné propose de faire remonter l'incapacité de travail de 50 % de M. D. _____ au 01.01.2012. L'expert ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique avant cette date. Ce 50% d'incapacité de travail est vraisemblablement fixé pour une longue durée. En l'état, M. D. _____ reçoit un traitement psychiatrique qui est adéquat tant en qualité qu'en quantité. Il semble observant de ce qui lui est proposé. Le soussigné n'a dès lors pas de proposition médicale à formuler. Sur le plan professionnel, l'intéressé a dit très clairement à l'expert qu'il n'avait aucune demande en termes de réadaptation. En se confinant à la pathologie psychiatrique stricto sensu et sans tenir compte du problème du côlon irritable et des diarrhées, M. D. _____ devrait être capable de reprendre une activité professionnelle de coiffeur à 50%. Le pronostic à long terme est réservé. Pour l'expert il paraît peu probable que ce sujet puisse reprendre une activité au-delà d'un 50%." L'OAI a livré à l'analyse du SMR le rapport d'expertise psychiatrique précité. Ce service a estimé qu'il convenait de suivre les

- 5 - conclusions du Dr R. _____ « justes et convaincantes au regard de la maladie de l'assuré » (avis médical SMR du 2 octobre 2013). Du 31 août 2015 au 30 novembre 2015, l'assuré a bénéficié, de la part de l'OAI, d'une mesure de réinsertion (au sens de l'art. 14a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]) sous la forme d'un entraînement à l'endurance auprès de l'organe d'exécution L. _____ à [...]. Le premier bilan de mesure était positif alors que, lors du second, les intervenants ont mentionné une dégradation de l'état de santé de l'assuré sans en connaître l'origine, avec des douleurs, un découragement important et de nombreuses absences. Lors d'un entretien téléphonique entre une spécialiste en réadaptation professionnelle et le Dr E. _____, le psychiatre traitant a indiqué qu'en raison de la pathologie anxieuse de l'assuré, une mesure de type thérapeutique était plus pertinente dans un premier temps. La mesure a donc pris fin le 12 novembre 2015 (« REA – Proposition/Bilan de mesure » du 4 janvier 2016). Dans un rapport du 11 avril 2016 adressé à l'OAI, le Dr E. _____ a confirmé les diagnostics incapacitants de son précédent rapport. Il a indiqué qu'en raison de ses symptômes psychiques et de ses diarrhées, les tentatives de reprise d'activité de l'assuré s'étaient soldées par des échecs comme en attestait sa participation à la mesure « L. _____ ». Depuis cette expérience, l'état de santé psychique de l'intéressé s'était encore péjoré, avec des pulsions suicidaires ayant nécessité une consultation en urgence. Compte tenu de la chronicité et de la sévérité des symptômes, le pronostic était défavorable sans reprise d'une activité lucrative pour l'instant. Se référant au point de vue du SMR (avis médical du 30 mars 2017), l'OAI, estimant qu'une nouvelle expertise médicale psychiatrique était nécessaire afin de clarifier le droit aux prestations, a mandaté à cet effet le Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 4 avril 2018, cet expert a retenu, comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis 2013 et, sans

- 6 - incidence, une modification traumatique de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Admettant une diminution de la capacité de travail de 30 à 50 % suivant les activités exercées en raison d'un ralentissement psychomoteur et de troubles de la concentration modérés, le Dr S. _____ a retenu une capacité de travail de l'assuré à 50 %, sans baisse de rendement, dans toute activité depuis 2013. Concernant le traitement psychiatrique mis en place en l'occurrence, un suivi mensuel auprès du Dr E. _____ depuis plusieurs années et la prise de médicaments Minasérine® 30 mg/j., Tranxilium® (clorazepate) 40 mg/j., Imovane® (zopiclone) en réserve, Lyrica® (pregabalin) 150 mg/j., l'expert mentionnait encore, sur le plan somatique, l'existence d'une prise en charge médicale par le médecin généraliste traitant, avec prescription de Tramadol®. L'expert était d'avis que le traitement était inadéquat et pouvait être amélioré par un suivi hebdomadaire avec un traitement antidépresseur et des monitorings sanguins trois fois par an. Après avoir obtenu un complément d'expertise du 10 juillet 2018 du Dr S. _____ sur l'amélioration de la capacité de travail pouvant être attendue après suivi du traitement préconisé, l'OAI a livré ce document à l'analyse du SMR qui a estimé que ses conclusions devaient être suivies, ce qui confirmait, au passage, la justesse de celles du Dr R. _____. La prochaine révision du cas était prévue dans un délai de dix-huit mois au vu de l'amélioration attendue après une prise en charge médicale adéquate (avis médicaux des 1er mai et 31 juillet 2018). Par lettre recommandée du 16 août 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui reconnaître le droit à une demi-rente, basée sur un degré d'invalidité de 50 %, à partir du 1er octobre 2014, soit à l'échéance du délai légal de carence à la condition que celui-ci suive le « traitement médical nécessaire dans [sa] situation » (cette exigence était fondée sur

l'art. 21, alinéa 4, LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]).

- 7 - De son côté, l'assuré a fait part à l'OAI d'un suivi par le Dr Q. _____, spécialiste en neurologie, à la suite d'un « grave accident de voiture » (lettre du 28 août 2018 adressée à l'OAI). Le 12 septembre 2018, il a remis un rapport de consultation du 28 août 2018 rédigé à l'intention de son médecin traitant par le Dr Q. _____, et dont on extrait ce qui suit : “J’ai revu ton patient le 24 août 2018 à ma consultation, sans grand changement, surtout dans le cadre d’une certaine anxiété par rapport à son devenir asséurologique AI, une expertise ayant été réalisée à [...], dont je n’ai pas les résultats, mais où semble-t-il on lui a reproché de ne pas prendre correctement son traitement antidépresseur. Il est actuellement me semble-t-il de façon adéquate sous Lyrica 2 fois 100 mg et Saroten 100 mg retard le soir, avec également une dose de Tranxilium à 20 mg. Il se sent stable, mais l’idée serait évidemment d’avoir une certaine amélioration sur le plan du syndrome douloureux chronique. Il n’y a pas d’autre modification du status, et le patient continuera à être suivi par son psychiatre. [...]” Le 13 septembre 2018, l’assuré a informé l’OAI qu’il se soumettait à un suivi médical, notamment des séances hebdomadaires chez son psychiatre le Dr E. _____ selon la « feuille de suivi psychiatrique » remise chaque mois. Il a également fait part de l’adéquation du traitement médicamenteux pris dans le respect des recommandations formulées par l’expert S. _____. Il a encore observé que l’expert psychiatre n’avait pas pris en compte les symptômes survenus dans les suites de l’accident de circulation du 19 avril 2017, à l’origine du suivi par le Dr Q. _____. L’OAI a recueilli un rapport médical complété le 21 septembre 2018 à son intention par le Dr Q. _____ qui n’a pas retenu de limitation organique neurologique et a imputé les troubles cognitifs (capacité de concentration et d’adaptation ainsi que résistance limitées) à l’état de santé psychique de l’assuré. En annexe, ce praticien a joint deux rapports de consultation neurologique et neuropsychologique des 3 mai et 26 juin 2018 adressés au médecin traitant. Dans le second document, il était mentionné des scores déficitaires aux tests de validation pour la plupart

- 8 - des fonctions cognitives évaluées (langage, gnosies visuelles, mémoire immédiate, mémoire antérograde, fonctions exécutives, vitesse de traitement de l’information, cognition sociale), avec une composante fonctionnelle qui semblait probable. A titre thérapeutique, un traitement « doux » ostéopathique semblait préférable à toute manipulation chiropratique. Le Dr Q. _____ mentionnait encore des cervicalgies à titre de diagnostic sans influence sur la capacité de travail. Par projet de décision, puis décisions séparées des 25 octobre et 16 novembre 2018, l’OAI a mis l’assuré au bénéfice d’une demi-rente d’invalidité depuis le 1er octobre 2014. Ses constatations étaient les suivantes : “En raison de votre atteinte à la santé et selon les renseignements médicaux en notre possession il s’avère que vous présentez une incapacité de travail et de gain de 50 % dans votre activité habituelle ainsi que dans toute autre activité adaptée à votre situation et ceci depuis octobre 2013. Dès lors et au vu de ce qui précède, le droit à une demi-rente, basée sur un degré d’invalidité de 50%, est ouvert à partir du 1er octobre 2014, soit après le délai d’attente d’une année.” Ces décisions n’ont pas été contestées. d) Le 9 mai 2019, l’OAI a reçu un courrier médical non daté aux termes duquel le Dr O. _____ demandait une réévaluation du cas de l’assuré. Il faisait savoir que le traitement mis en place sur les conseils de l’expert avait conduit à une aggravation de l’état de santé psychique de l’assuré avec, sur le plan métabolique, une prise de poids massive (poids d’environ 108 kilos),

l'apparition d'un diabète récent certainement lié à cette prise pondérale ainsi que des crises hypertensives ayant nécessité plusieurs consultations en urgence au CHUV. Le traitement de Saroten® 100 milligrammes par jour, associé à un suivi intensif chez le psychiatre traitant, était resté sans effet. Le même jour, l'OAI s'est adressé par écrit au Dr O. _____ afin de l'informer que s'il estimait le traitement actuel inapproprié ou même dangereux pour l'assuré, il lui incombait de décider l'arrêt du

- 9 - médicament en question et éventuellement d'en introduire un autre. Le médecin traitant était en outre rendu attentif au fait que son courrier donnait lieu à l'ouverture d'une révision du dossier. Le 10 mai 2019, l'OAI a reçu un rapport du 8 mai 2019 adressé au médecin du SMR par le Dr E. _____ qui s'est exprimé comme suit sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré : "Comme votre expertise le demande, M. D. _____ est suivi depuis le 27.08.2018 à raison d'une fois par semaine avec une médication recommandée par votre expert soit le Saroten retard 100mg. Cette prise en charge n'a rien changé aux signes cliniques psychiques présentés par M. D. _____ : on ne relève aucune amélioration, thymique, aucune diminution anxieuse, aucune diminution des symptômes douloureux non seulement ceux liés au récent accident de voiture et encore moins ceux liés aux douleurs abdominales avec diarrhées que M. D. _____ connaît depuis de nombreuses années. Avec le traitement de Saroten, son état s'est dégradé : hypersomnie, xerostomie, gingivites, apathie, fatigabilité augmentée, baisse de l'estime de soi, sentiment de culpabilité par rapport à son épouse et sa famille. Depuis l'introduction du Saroten, M. D. _____ a présenté des malaises cardiaques qui ont dû être pris en charge en urgence. De plus, à la suite d'une prise de poids bien connue avec le Saroten, son généraliste, le Dr O. _____ vient de lui diagnostiquer un diabète de type II, me demandant en urgence d'arrêter le Saroten et de le remplacer par un SSRI [Selective serotonin reuptake inhibitors] de type duloxétine par exemple beaucoup moins à risque d'être délétère pour le métabolisme de M. D. _____. Mon courrier fait suite à celui du Dr O. _____ que j'approuve entièrement. Je vous demande donc de ne plus conditionner le versement de sa rente à un suivi hebdomadaire inutile ainsi qu'à un traitement de Saroten délétère pour le patient." L'OAI a encore recueilli des rapports des 15 et 24 mai 2019 du Dr O. _____ indiquant que la capacité de travail de l'assuré était nulle en toute activité de façon définitive en raison de l'aggravation « catastrophique » de son état de santé global. A l'appui de sa demande de révision de rente initiée le 9 mai 2019 par les rapports de ses médecins, l'assuré a, pour sa part, complété

- 10 - une formule officielle le 5 juin 2019 en indiquant une aggravation de son état de santé en raison d'un accident de la circulation remontant à 2017. Par courrier du 10 septembre 2019, Me Alexandre Guyaz a indiqué à l'OAI avoir été consulté dans le cadre de l'accident de circulation dont l'assuré avait été victime en avril 2017. Dans un rapport du 27 novembre 2019 à l'OAI, le Dr E. _____ a notamment indiqué que, sur le plan psychiatrique et malgré l'intensification de la prise en charge, aucun changement n'était à constater ce qui, à ses yeux, justifiait les diagnostics de stress post traumatique (F43.1) et de modification durable de la personnalité suite à une expérience de catastrophe (F62.0). Ce médecin était d'avis que le « grave accident de voiture » dont l'assuré avait été victime le 19 avril 2017 avait encore aggravé la symptomatologie anxieuse, traumatique et douloureuse. L'intéressé ne pourrait pas récupérer une capacité de travail de sorte qu'il était justifié de lui octroyer une rente d'invalidité à 100 %. En annexe à son envoi, le psychiatre traitant a notamment joint un rapport du 28 octobre 2019 rédigé à l'intention du Dr O. _____ par son confrère

le Dr Q._____. Ce document est libellé comme suit : “J’ai revu ton patient à ma consultation du 28 octobre 2019, avec une parfaite stabilité du syndrome douloureux chronique et des troubles fonctionnels moteurs avec importants ralentissements, malgré une perte de 20kg. Il continue la physiothérapie une fois par semaine, et est actuellement sous Cymbalta 60mg, Temesta et Lyrica 2 à 3 fois 100mg par jour. Le statut reste dominé par l’important ralentissement psychomoteur, sans composante organique sous-jacente, exacerbée lors des tests moteurs spécifiques. Tension artérielle à 175/100 mmHg au membre supérieur droit en décubitus. L’absence de pathologie neurologique organique de base incite à axer tout développement concernant l’AI sur l’aspect psychiatrique, comme signalé auparavant.” Invité par l’OAI à prendre position sur les dernières pièces médicales recueillies au dossier, le SMR, par la plume du Dr Z._____, a estimé que la situation était identique à celle qui prévalait lors de l’expertise d’avril 2018, sans amélioration de l’état de santé psychique de

- 11 - l’assuré malgré le traitement antidépresseur et le suivi psychiatrique. Quant aux douleurs sans substrats organiques alléguées depuis le mois d’avril 2017, sans réelle plainte lors de l’expertise, elles avaient été prises en compte par l’expert psychiatre en lien avec un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et l’analyse des ressources disponibles. Pour le reste, l’obésité, qui s’était améliorée avec l’arrêt du Saroten®, et le diabète de type 2 n’étaient pas des atteintes durablement incapacitantes. Sous réserve de l’exigibilité médicale qu’il convenait de lever, les conclusions de l’expertise psychiatrique du printemps 2018 restaient valables, avec une capacité de travail résiduelle de l’assuré de 50 % dans toute activité (rapport d’examen SMR du 17 mars 2020). Par projet de décision du 19 mars 2020, l’OAI a informé l’assuré de son intention de refuser l’augmentation de la rente, dans la mesure où la capacité de travail exigible restait inchangée et sans qu’aucun élément objectif ne confirme une aggravation de la situation. Toujours en lien avec le droit à la rente, il a informé renoncer à l’exigibilité de traitement médical pour l’avenir. Le 13 mai 2020, l’assuré, agissant par son conseil en la personne de Me Guyaz, a fait part de son désaccord sur le préavis précité et a demandé l’octroi d’une rente entière dès le mois de mai 2020 après la mise en œuvre d’une nouvelle expertise psychiatrique et subsidiairement, qu’il soit procédé à une reconsidération de la décision du 25 octobre 2018. Il a estimé que dans l’hypothèse – contestée – où il devait être admis que la situation était superposable à celle d’avril 2018, il devait être constaté, au vu de l’échec du traitement exigé par l’expert psychiatre, que ce dernier avait mal évalué la capacité de travail. L’intéressé maintenait que l’aggravation de son état de santé, notamment sur le plan psychiatrique, était établie depuis 2018 sur la base des rapports successifs de ses médecins. Par décision du 12 juin 2020 accompagnée d’un courrier du même jour en faisant partie intégrante, l’OAI a confirmé son refus d’augmentation de rente du 19 mars 2020.

- 12 - Dans un courrier du 10 juillet 2020 à l’OAI, le conseil de l’assuré a annoncé que ce dernier avait subi le 18 juin 2020 une nouvelle IRM lombo-sacrée qui avait mis en évidence une aggravation de la situation. Il a remis à cet égard un courrier du 9 juillet 2020 du Dr U._____ avec annexes. Il insistait sur le fait que ce médecin mentionnait de nouvelles lésions par rapport à celles diagnostiquées en mai 2018, ainsi qu’une discopathie dégénérative marquée au niveau dorsal D11-D12, avec la précision que l’ensemble de ces lésions était de nature à provoquer des douleurs invalidantes. Il demandait à l’OAI d’annuler sa décision du 12 juin 2020 et de reprendre l’instruction médicale du cas. En annexe à ce courrier, étaient joints : - un rapport du 9 juillet 2020 adressé à Me Guyaz par le

Dr U. _____ indiquant que l'assuré se plaignait de cervicalgies, de dorsalgies et de lombalgies en péjoration depuis 2018. Le bilan radiologique au niveau cervical effectué en juin 2020 mettait en évidence de nouvelles lésions comparativement au dernier bilan effectué en mai 2018 à la Clinique de [...]. Par ailleurs, le bilan des lombalgies de l'assuré montrait une discopathie dégénérative assez marquée au niveau dorsal D11-D12 ainsi qu'au niveau lombaire une arthrose interfacettaire postérieure modérée en L3-L4 et marquée en L3-L4, L5-S1. De l'avis du Dr U. _____ ces lésions pouvaient être de nature à provoquer des douleurs invalidantes avec une importante répercussion sur la capacité de travail résiduelle ; - un rapport du 18 juin 2020 d'une IRM (imagerie par résonance magnétique) lombo-sacrée réalisée le même jour par le Dr I. _____, radiologue au Centre Imagerie Médicale de [...] ([...]), qui se termine comme suit : "CONCLUSION : Discopathie dégénérative assez marquée au niveau D11-D12, avec syndesmophyte antérieure, dégénérative. Arthrose interfacettaire postérieure modérée en L3-L4 et marquée en L4-L5, L5-S1. Pas de hernie discale ou de compression radiculaire à l'examen actuel et le canal rachidien est de calibre dans les limites de la norme." ;

- 13 - - un rapport du 12 juin 2020 relatif à une IRM cervicale réalisée le 3 juin 2020 par le Dr I. _____, à la recherche d'une hernie discale et qui n'en avait pas trouvé mais qui avait retrouvé ce qui suit : "DESCRIPTION : Légère diminution de la lordose cervicale physiologique, par ailleurs, les corps vertébraux cervicaux sont de hauteur dans les limites de la norme et l'alignement de leurs murs postérieurs est satisfaisant. Zone nodulaire d'environ 8,3 mm de diamètre dans le corps vertébral de la 6ème vertèbre cervicale, de signal hypo-intense en T1, hyperintense en T1, hyperintense en T2 et Stir : hémangiome actif ? Autre ? A comparer avec les examens précédents, qui ne sont pas à notre disposition. Légères modifications dégénératives au niveau de l'articulation atlanto-axoïdienne. Niveau C3-C4 : Légère protrusion discale, sans image de hernie discale ni de compression radiculaire. Niveau C4-C5 : Légère protrusion discale postérieure à base large, associée à une uncarthrose, avec comme conséquence, un rétrécissement modéré des trous de conjugaison des deux côtés. Niveau C5-C6 : Saillie discale postérieure médiane, responsable d'un léger effacement de l'espace pré-médullaire, associés à une uncarthrose, avec comme conséquence, un rétrécissement modéré des trous de conjugaison des deux côtés. Niveau C6-C7 : Discarthrose marquée avec pincement discal marqué et aspect légèrement irrégulier des plateaux vertébraux qui présentent une infiltration adipeuse et protrusion discale large, associées à une uncarthrose marquée, avec comme conséquence, un rétrécissement relativement marqué des trous de conjugaison des deux côtés. Niveau C7-D1 : Légère protrusion discale, sans image de hernie discale ou compression radiculaire." ; - un rapport du 7 mai 2018 d'une IRM cervicale et angio-IRM cervicale réalisée le 4 mai 2018 par la Dre X. _____, radiologue à la Clinique de [...], qui se termine comme suit : "Conclusion :

- 14 - Discarthrose C6-C7 caractérisée par des érosions des plateaux vertébraux et un relâchement ligamentaire distal diffus d'aspect stable par rapport à l'examen comparatif du 25/04/2017. Pas de signe d'activité. La discopathie C4-C5 a légèrement progressé sous forme d'un prolapsus discal plus prononcé. La discopathie C5-C6 est par contre inchangée. Pas de congestion des facettes articulaires. Pas de lésion des vaisseaux pré-cérébraux." Aux termes d'un avis médical du 28 juillet 2020, le Dr Z. _____, du SMR a fait le point définitif de la situation comme suit : "Discussion On ne peut pas conclure à une aggravation d'un état de santé uniquement sur la lecture de compte-rendu d'examen sans analyse des

images par un radiologue expérimenté. Mais les examens précédents n'étaient pas à disposition du radiologue. Par ailleurs, les examens radiologiques à eux seuls ne permettent pas de faire un diagnostic (on ne soigne pas des images), il est nécessaire de se confronter à une anamnèse précise, à une analyse de la symptomatologie en corrélation avec un examen clinique détaillé associé aux examens complémentaires. Ce n'est pas le cas dans le RM [rapport médical] qui nous est transmis. Nous n'avons pas de status clinique et il n'est pas expliqué la symptomatologie que présente l'assuré en lien avec le bilan radiologique. Il est fait état uniquement de douleur[s] subjective[s] qui peuvent retentir sur la capacité de travail résiduelle. Mais d'un point de vue purement somatique, dans une activité adaptée sédentaire, avec les LF [limitations fonctionnelles] suivantes : pas de port de charge lourde, alternance position debout/assis, pas de position en porte-à-faux, pas d'activité des membres supérieurs au-dessus des épaules ; la capacité de travail peut être de 100%. Conclusion Nous n'avons pas d'éléments médicaux nécessitant l'annulation de notre décision et la reprise de l'instruction." Le 29 juillet 2020, l'OAI a informé Me Guyaz qu'après avoir soumis le dossier de l'assuré au SMR afin qu'il se positionne sur les documents remis, aucun nouvel élément lui permettait de revoir sa position de sorte que sa décision du 12 juin 2020 était maintenue. B. Par acte du 17 août 2020, D. _____, représenté par Me Guyaz, a recouru contre la décision du 12 juin 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelles instruction et décision.

- 15 - Subsidièrement, il a conclu à la réforme de la décision attaquée dans le sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1er mai 2019. En substance, il a fait valoir avoir établi une péjoration de son état de santé, notamment sur le plan psychique, et que le traitement thérapeutique prodigué avait eu des « effets catastrophiques », de sorte qu'il présentait désormais une incapacité de travail totale. Il a reproché à l'OAI de s'être basé sur l'avis du SMR, lequel reprenait les constatations et conclusions des rapports d'expertises des Drs R. _____ et S. _____, en opposant de nouvelles pièces médicales selon lesquelles les douleurs exprimées auraient des substrats organiques, alléguant une aggravation depuis les précédentes décisions de l'automne 2018. Rappelant avoir été victime d'un accident de la circulation le 19 avril 2017, il a notamment produit, sous bordereau de pièces, un rapport du 26 juin 2017 du Dr Y. _____, spécialiste en neurologie. Sur la base des examens IRM et des rapports du Dr U. _____ de l'été 2020 comparativement au bilan radiologique effectué en mai 2018 à la clinique de [...], il alléguait une aggravation des lésions existantes, respectivement la survenue de nouvelles lésions sous la forme d'une discopathie dégénérative au niveau dorsal ainsi que d'une arthrose facettaire au niveau lombaire. Le recourant a requis la production du dossier en mains de l'OAI ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (neurologique, psychiatrique et rhumatologique) judiciaire portant sur « la détermination de l'aggravation de santé, respectivement sur la capacité de travail exigible ». Dans sa réponse du 30 septembre 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée. Produisant un avis médical SMR du 14 septembre 2020 du Dr Z. _____ auquel il se ralliait, il a observé que les conclusions du rapport d'expertise du Dr S. _____ du 4 avril 2018 restaient valables, sans que le courrier du 9 juillet 2020 du Dr U. _____ et les comptes rendus d'IRM des 3 et 18 juin 2020 ne justifient une expertise pluridisciplinaire. L'OAI a également produit son dossier. Le 23 novembre 2020, en réplique, le recourant a persisté dans ses précédentes conclusions, y compris celle tendant à la mise en

- 16 - œuvre d'une expertise multidisciplinaire. Il a fait valoir en ce sens que le médecin de l'OAI n'avait pas procédé à une analyse sérieuse de son état de santé psychique, que les examens complémentaires de l'été 2020 attesteraient une péjoration de l'état de santé sur le plan somatique, que des lésions dorsales et lombaires étaient désormais objectivées sur la base des derniers rapports médicaux, et enfin que l'examen médical ayant conduit aux décisions précédentes s'étant concentré sur les problèmes psychiatriques, il n'avait pas été examiné les conséquences du coup du lapin subi en avril 2017, étant observé que la boiterie objectivée n'existait pas en 2018 en référence par exemple au rapport du 3 mai 2018 du Dr Q. _____ qui constatait une marche lente uniquement. Sous bordereau complémentaire, le recourant a produit un rapport du 9 octobre 2020 des médecins du Centre d'antalgie du Département des services de chirurgie et d'anesthésiologie du CHUV ainsi qu'un rapport du 2 novembre 2020 du Dr U. _____. Dans sa duplique du 18 décembre 2020, l'OAI a confirmé les conclusions de sa réponse du 30 septembre 2020 en joignant un avis médical SMR du 3 décembre 2020 du Dr Z. _____ auquel il se ralliait. Dans d'ultimes déterminations du 21 avril 2021, le recourant a déploré que le SMR ne se soit pas prononcé sur les différents éléments invoqués à l'appui de sa réplique du 23 novembre 2020. Le 26 avril 2021, l'office intimé a reçu un exemplaire des déterminations déposées le 21 avril 2021 par le recourant pour son information. 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

- 17 - 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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à l'octroi d'une rente d'un taux supérieur, singulièrement sur la question de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre les décisions des 25 octobre et 16 novembre 2018 qui lui ont reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er octobre 2014 et la décision litigieuse. 3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une

- 18 - appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). b) Conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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) 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

- 19 - donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. c) 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). d) 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). e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion

plutôt qu'une autre. En

- 20 - 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) En l'occurrence, après être entré en matière sur la demande de révision initiée par les rapports des 8 et 9 mai 2019 des Drs E._____ et O._____, l'intimé a, au terme de la procédure, refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité versée depuis le 1er octobre 2014 à l'assuré. Il a constaté l'absence d'élément objectif de péjoration, estimant que la capacité résiduelle de travail exigible de 50 % demeurerait inchangée. Le recourant affirme pour sa part que son état s'est péjoré, en alléguant une aggravation de santé psychique, de même qu'une augmentation du poids et de l'hypertension ainsi que la survenance d'un diabète. b) aa) Sur le plan somatique, il convient de rappeler que, selon la jurisprudence, l'obésité ne peut être constitutive d'invalidité que si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C_49/2019 du 3 mai 2019 consid. 5.3 ; TF 9C_48/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.3). Tel n'est pas le cas en l'espèce. Il y a en effet lieu de constater que lors de l'expertise J._____ du 19 décembre 2006, l'assuré présentait un poids de 91 kilos, soit, pour une stature de 172 centimètres, un BMI (Body Mass

- 21 - Index) de 30,5 sans qu'un diagnostic incapacitant soit posé en la matière ; à l'époque de l'expertise psychiatrique de 2018, le BMI est de 33,5, ce qui correspond à un poids de 99 kilos. Le Dr O._____ annonce un poids d'environ 108 kilos en mai 2019 et le Dr Q._____ évoque une perte de 20 kilos dans son rapport médical du 28 octobre 2019. Cela étant, un éventuel impact de l'obésité sur la capacité de travail tel qu'allégué par le Dr O._____ consécutivement à la prise de poids n'aura pas été durable, vu la perte pondérale intervenue depuis lors, et il n'est pas fait état d'éléments médicaux objectifs attestant que le poids actuel impacterait la capacité de travail, respectivement entraînerait des limitations fonctionnelles. Il en va de même pour l'hypertension et le diabète, présumés traités, étant précisé que si l'hypertension a pu s'aggraver sous Saroten® 100 milligrammes par jour, dite aggravation n'aura pas été durable. bb) Au plan neurologique, le Dr Q._____ n'a pas fait état d'une aggravation de l'état de santé. En effet, dans son rapport de consultation du 28 octobre 2019, ce spécialiste indique « l'absence de pathologie neurologique organique de base » et renvoie à nouveau à l'état de santé psychique s'agissant des symptômes présentés par le recourant. Toujours sur le plan neurologique, c'est le lieu de préciser que, dans ses décisions des 25 octobre et 16 novembre 2018, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente depuis le 1er octobre 2014 en retenant une capacité résiduelle de travail de 50 % en toutes activités non pas en raison d'une affection neurologique mais en raison d'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis 2013 entraînant des limitations fonctionnelles sous la forme de troubles de la concentration et d'un ralentissement psychomoteur modérés. Il convient de relever

que ces décisions d'acceptation de rente considèrent implicitement que l'accident de voiture du 19 avril 2017 n'implique pas d'atteinte à la santé incapacitante. Sur ce point, le rapport d'expertise psychiatrique d'avril 2018, en sa page 19, mentionne du « Tramadol en réserve, pour le coup du lapin » et le rapport du 21 septembre 2018 du Dr

- 22 - Q. _____ ne retient pas de limitation organique neurologique. Au contraire, il impute les troubles cognitifs à l'état de santé psychique de l'assuré. Quant aux cervicalgies, elles n'étaient pas incapacitantes. Une aggravation de l'état de santé neurologique du recourant ne saurait ainsi être retenue. cc) Du point de vue psychiatrique, le Dr E. _____ impute la dégradation de la situation à la médication recommandée par l'expert, soit le Saroten® retard 100 milligrammes. Il ne relève cependant pas de changement de l'état de santé psychique malgré l'intensification de la prise en charge. Cela étant, contrairement à ce qu'affirme le recourant dans ses écritures, il n'y a pas de modification de la situation, étant rappelé que le psychiatre traitant retenait déjà une incapacité de travail de 100 % à l'époque des décisions de 2018 (cf. rapport du 11 avril 2016 adressé à l'OAI), appréciation que l'OAI avait écarté dans ses décisions, privilégiant les conclusions de l'expert, décisions qui n'ont pas fait l'objet de recours et sont depuis lors entrées en force. Dans son rapport du 1er février 2013, le Dr E. _____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique (F32.2), de trouble panique (F41.0), d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de trouble mixte de la personnalité (F61.0), indiquant que si la capacité de travail était nulle une amélioration clinique pouvait être attendue grâce à la prise en charge pluridisciplinaire mise en place. Le 11 avril 2016, le psychiatre traitant a confirmé ses précédents diagnostics incapacitants, précisant que depuis le début de son suivi régulier de l'assuré il y avait bientôt quatre ans de cela, l'état de celui-ci ne s'était pas amélioré mais encore péjoré en se chronicisant avec des pulsions suicidaires qui l'avaient amené à consulter en urgence ; une reprise du travail n'était pas d'actualité. Aux termes de son rapport du 10 mai 2019, malgré un suivi à la fréquence d'une séance par semaine avec la prise de Saroten®retard 100 mg, le Dr E. _____ a fait part de l'absence de changement de l'état de santé psychique sans aucune amélioration thymique ou diminution anxieuse chez l'assuré. Le 27 novembre 2019, notant toujours l'absence d'amélioration, ce médecin a posé les diagnostics de stress post traumatique (F43.1) et de modification

- 23 - durable de la personnalité suite à une expérience de catastrophe (F62.0) ; à son avis, l'accident de voiture du 19 avril 2017 dont avait été victime l'assuré aurait encore aggravé la symptomatologie anxieuse, traumatique et douloureuse de celui-ci. Faute d'être objectivée, une péjoration de l'état de santé psychique du recourant ne saurait être retenue. c) Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins traitants produits en procédure administrative n'établissent pas que l'état de santé de l'assuré s'est détérioré depuis l'expertise psychiatrique d'avril 2018 dont les conclusions restent valables. Dans la mesure où une capacité de travail résiduelle de 50 % dans toute activité est exigible de la part de l'assuré, le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente ne franchit pas un taux déterminant et ne subit pas une modification notable au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Par sa décision, l'OAI était donc fondé à confirmer son refus d'augmentation de rente conduisant au rejet de la demande présentée en ce sens le 9 mai 2019. d) Le recourant a produit postérieurement à la décision litigieuse des rapports d'imagerie (rapport du 7 mai 2018 de la Dre X. _____ ; rapports des 12 et 18 juin 2020 du Dr I. _____) et des rapports médicaux (rapport du 26 juin 2017 du Dr Y. _____ ; rapports des 9 juillet et 2 novembre 2020 du Dr U. _____ ; rapport du 9 octobre 2020 des médecins du Centre d'antalgie du

Département des services de chirurgie et d'anesthésiologie du CHUV) sur lesquels il se fonde pour alléguer une aggravation, respectivement l'existence de nouvelles atteintes du rachis. Etant rappelé que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références ; TF 8C_590/2018 du 4 juillet 2019 consid. 6.1), il convient de considérer que les rapports médicaux relatifs aux atteintes cervicales et dorso-lombaires précités et dont le recourant se prévaut pour alléguer une possible aggravation ou une nouvelle atteinte, doivent être

- 24 - assimilés à une nouvelle demande de révision du droit à la rente et l'OAI doit rendre une décision distincte susceptible de recours (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b, 117 V 287 consid. 4 et les références ; TF 9C_173/2014 du 2 mai 2014 consid. 5.3). Certes, l'un des examens IRM est antérieur à la décision litigieuse et de par leur nature évolutive, certaines des atteintes du rachis (discopathie dégénérative et arthrose en particulier) seront apparues antérieurement à la décision litigieuse. Il n'en demeure pas moins qu'aucune de ces pièces médicales n'atteste de l'évolution et de la date de péjoration de ces atteintes, avec pour corollaire qu'il ne saurait être établi qu'elles ont influé sur la capacité de travail depuis plus de trois mois avant la décision litigieuse (art. 88a al. 2 RAI). 6. Le dossier est complet, permettant à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît ainsi inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant dans ses écritures – soit la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (neurologique, psychiatrique et rhumatologique) – doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 et 130 II 425 consid. 2). 7. a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée 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.

- 25 - 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 p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 12 juin 2020 par 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 D._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Alexandre Guyaz (pour D._____), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), 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

- 26 - 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). Le greffier :

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