

VD_GERICHTE ZD23.003187 vom 2. September 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-09-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.003187

FR: VD_GERICHTE ZD23.003187 du 2 septembre 2025

IT: VD_GERICHTE ZD23.003187 del 2 settembre 2025

Erwägungen

E. 10

et 20 % au maximum, en lien avec les douleurs annoncées ; - un rapport du 5 mai 2021 du Dr P._____ établi à la suite d'une réévaluation du cas le 28 avril 2021, reprenant l'avis du 24 février précédent et ajoutant que l'on pouvait escompter une baisse de rendement de l'ordre de 10 à 20 % dans un poste adapté, sur un taux d'occupation de 100 %. Par décision du 22 juin 2021, la CNA a reconnu le droit de l'assuré à une rente d'invalidité de 11 % à compter du 1er juillet 2021 et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 %. Le 30 juin 2021, l'OAI a établi un calcul du salaire exigible. Un montant de 60'450 fr. y était retenu pour le revenu sans invalidité, selon les données fournies par le dernier employeur en 2019. Quant au revenu avec invalidité, il était arrêté à 58'120 fr. 08 sur la base des données statistiques relatives à l'année 2018, après adaptation au temps de travail hebdomadaire et indexation à 2019, et moyennant une diminution de rendement de 15 % ; aucun abattement supplémentaire n'était retenu, les limitations fonctionnelles étant comprises dans la diminution de rendement et aucune réduction à titre de désavantage salarial ne se justifiait. En date du 12 juillet 2021, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1er septembre 2019 au 31 juillet 2021. Dans sa motivation, l'office a relevé que l'intéressé avait présenté une incapacité de travail sans interruption depuis le 18 septembre 2018 et qu'à l'échéance du délai de carence légal, soit le 18 septembre 2019, l'incapacité de travail était totale dans toute activité, correspondant par conséquent à un taux d'invalidité de 100 %. A compter du 28 avril 2021, une capacité de travail de 100 % pouvait en revanche être exigée dans une activité adaptée aux

- 8 - limitations fonctionnelles. Dans ce contexte, la comparaison des revenus sans et avec invalidité (de respectivement 60'450 fr. et 58'120 fr. 08) mettait en évidence un taux d'invalidité de 3,85 %, n'ouvrant pas de droit à des mesures de reclassement, ni à des prestations financières de l'assurance trois mois après l'amélioration reconnue le 28 avril 2021, soit depuis le 1er août 2021. Aux termes d'un rapport du 20 août 2021, le Dr Y._____ a signalé une aggravation sous forme d'une nette accentuation de la flexion cervicale, à l'origine d'une accentuation des douleurs et de plusieurs malaises. A cela s'ajoutaient une hypertension artérielle imposant un traitement antihypertenseur et un syndrome dépressif réactionnel nécessitant un suivi rapproché. En date du 31 août 2021, l'assuré a contesté le projet de décision précité, faisant valoir que son problème de santé ne lui permettait pas de travailler et que son état s'aggravait depuis presque trois ans. Par rapport du 5 octobre 2021, la Dre A._____ a confirmé le diagnostic retenu dans son précédent compte-rendu et précisé que l'évolution était stationnaire – étant de surcroît souligné que le patient signalait des vertiges, des malaises et trois chutes lors du séjour à la Clinique J._____, ainsi que des douleurs dorsales intenses après trente minutes de

marche, ne cessant qu'avec l'administration de morphine. La Dre A._____ a ajouté que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle et qu'aucune activité ne semblait adéquate aux douleurs sur le plan somatique. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle a décrit un léger ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration, une thymie triste, une asthénie modérée, des difficultés à initier les activités et des douleurs importantes empêchant la réalisation d'une tâche plus de trente minutes. La Dre A._____ a encore relevé que la compliance médicamenteuse était très bonne.

- 9 - Dans un rapport subséquent du 23 décembre 2021, la Dre A._____ a pour l'essentiel décrit une situation analogue à celle évoquée le 5 octobre précédent. Relevant que la maladie psychique était secondaire à la maladie somatique et à l'incertitude persistante, la Dre A._____ a évoqué une capacité de travail de 50 % en raison du seul trouble dépressif, susceptible d'augmenter jusqu'à 100 %. Par rapport du 18 janvier 2022, le Dr Y._____ a posé les diagnostics de cervicobrachialgies permanentes avec vertiges et malaises fréquents sur fractures cervicales, ainsi que de syndrome dépressif réactionnel. S'agissant des limitations fonctionnelles, ledit médecin a évoqué le port de charges supérieures à trois kilos de manière répétée, le travail les bras en l'air ou tendus, la station debout prolongée, le travail prolongé en position assise ou accroupie, ainsi que des troubles de l'attention. Le Dr Y._____ a également souligné que le patient prenait de plus en plus de médicaments de « palier 3 » interdisant tout travail. Sur mandat de l'OAI, une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre auprès des Drs X._____, spécialiste en médecine interne générale, R._____, spécialiste en rhumatologie, et G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre [...] (ci-après : Q._____). Dans leur rapport du 1er septembre 2022, les experts ont mis en avant les diagnostics de lombalgie sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathies, de cervicalgies sans irradiation objective dans les membres supérieurs sur discopathies avec antécédents de fracture de l'odontoïde et de la lame postérieur droit et gauche de C7, d'utilisation d'antalgiques opiacés, ainsi que de trouble anxieux et dépressif mixte. Concernant la capacité de travail, les experts ont estimé qu'elle était nulle dans l'activité habituelle depuis le 19 [sic] septembre 2018 sous l'angle rhumatologique, respectivement qu'elle était de 100 % depuis le 28 avril 2021 dans une activité adaptée sur le plan rhumatologique. Les experts ont plus particulièrement décrit des limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique, en ce sens qu'il y avait lieu de limiter le port de charge proche du corps à dix kilos et d'éviter tout effort de soulèvement à partir du sol au-delà de cinq kilos, le porte-à-faux et la rotation répétée du buste

- 10 - et du rachis cervical, l'hyper extension du rachis cervical, ainsi que les activités en hauteur ; sur le plan de la médecine interne, les experts ont souligné qu'il y avait lieu d'éviter la manipulation de machines dangereuses. Pour le reste, ils ont notamment constaté ce qui suit : "4.2. Évaluation de la cohérence et de la plausibilité L'expert rhumatologue a mis en évidence des incohérences entre les constatations à l'examen clinique avec quasi-blocage cervical et importante limitation de la mobilisation lombaire, alors que l'expertisé ne présente, finalement, qu'une atteinte dégénérative banale. Il n'y a pas de conséquences de son traumatisme de 2012 avec fractures vertébrales. Aucune atteinte neurologique lésionnelle ou sous lésionnelle ne peuvent expliquer ces constatations. En définitive, l'examen rhumatologique ne constate que des contractures des muscles trapèzes. L'expertisé s'est plutôt montré coopérant, mais les limitations ne sont pas cohérentes alors que les diagnostics sont plutôt bien posés. Dans ce sens, la consommation d'Oxynorm ne

paraît pas correspondre au diagnostic posé. L'expert en médecine interne a constaté que la cohérence et plausibilité sont partiellement réunies entre le récit anamnestique, et les constatations objectives cliniques. Le status clinique est marqué par des soupirs démonstratifs au moindre effort. Le contrôle des paramètres, notamment les pulsations et la tension artérielle, est dans la norme. Les limitations fonctionnelles ne sont pas uniformes dans tous les domaines de la vie, l'expertisé est indépendant pour ses déplacements sans moyens auxiliaires, il conduit sa voiture alors que les mouvements actifs de la tête sont de quelques degrés, confronté à cette incohérence, il relève ne pouvoir conduire que sur de courtes distances. Les sensations vertigineuses surviennent exclusivement aux efforts, même de faible intensité. Les autocontrôles des tensions sont dans la norme anamnestiquement, le Romberg proprioceptif, les yeux fermés, est marqué par des oscillations tout en évitant la chute. L'expert psychiatre signale que les plaintes de l'expertisé sont cohérentes et plausibles, ainsi il était plutôt fatigué et tendu pendant l'entretien. Néanmoins, l'expert n'a pas pu observer une irritabilité, ni des angoisses, [...]. L'expertisé signale que quand il prend par exemple le Temesta il se sent bien, mais quelques heures après il commence à devenir irritable, ce qui est vraisemblablement un signe de sevrage, car cela fait 2 ans, qu'il prend jusqu'à 4 mg de Temesta par jour en plus des autres médicaments. Malgré cela, l'expertisé est tout de même capable d'avoir du plaisir quand il regarde la télévision, notamment le foot. Il fait tous les jours des promenades avec sa femme, il est capable d'aller boire un café, il reçoit ses sœurs et son demi-frère qui s'occupent de lui, quand il en fait la demande.

- 11 - L'expertisé est demandeur de soins somatiques et psychiatriques, mais, selon le dosage plasmatique, il ne prend pas les médicaments psychotropes. [...] 4.8. Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail L'expert psychiatre signale qu'il faudrait revoir la médication qui semble trop lourde. Ainsi, il faudrait diminuer les comprimés de Temesta, voire faire un sevrage, bien que cela risque de s'avérer problématique. L'utilisation des deux antidépresseurs, Escitalopram et Trittico, ne paraît pas indiquée chez un expertisé qui ne présente pas de signes dépressifs. Les effets secondaires de ces médicaments associés aux dérivés morphiniques qu'il prend peuvent expliquer la fatigue qu'il dit ressentir parfois, ainsi que les chutes de tension. [...]" Dans un rapport d'examen du 29 septembre 2022, la médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) s'est ralliée aux conclusions des experts du Q._____. Aux termes d'une correspondance du 6 octobre 2022, l'OAI a maintenu son projet du 12 juillet 2021 et précisé qu'une décision sujette à recours serait prochainement notifiée. Par décision du 13 décembre 2022, l'OAI a confirmé la teneur de son projet précité et fixé le montant des prestations dues pour la période du 1er septembre 2019 au 31 juillet 2021. D. Désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, Z. _____ a recouru le 24 janvier 2023 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 juillet 2021, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Le recourant a également sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire et requis la mise en œuvre de débats publics. Sur le fond, l'intéressé a en substance fait valoir que le rapport d'expertise du Q._____ était contradictoire et insuffisamment motivé. Il a plus particulièrement allégué que l'impact des

- 12 - différents diagnostics tenus pour incapacitants, de même que les effets de sa médication n'avaient pas été pris en considération dès lors qu'une pleine capacité de travail lui avait malgré tout été reconnue par les experts, sans baisse de rendement. Il a également reproché à l'expert rhumatologue – lequel disposait d'une formation médicale française et n'était donc pas familier avec « la notion d'invalidité du droit suisse » – d'avoir tantôt rattaché ses douleurs au traumatisme de 2012, tantôt retenu que ce traumatisme était dépourvu de conséquence. Le recourant s'est par ailleurs prévalu des principes jurisprudentiels développés en cas de toxicomanie, dès lors qu'il prenait de l'Oxynorm, et a également invoqué la nature invalidante de ses douleurs, arguant que les effets de la symptomatologie ne pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Enfin, le recourant a fait valoir que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % versée par la CNA témoignait de l'importance des atteintes durables affectant sa santé. En annexe, il a notamment produit un extrait du Compendium suisse des médicaments concernant l'Oxynorm. Par décision du 8 mars 2023, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 24 janvier 2023 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc. Par réponse du 13 avril 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il a notamment relevé que, sans égard au nombre des diagnostics retenus, l'intéressé disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, lesquelles demeuraient compatibles avec des activités simples et légères dans le domaine industriel. L'OAI a souligné de surcroît que la médication avait été intégrée à l'analyse des experts du Q. _____ et que l'expert R. _____ disposait des qualifications nécessaires pour fonctionner en tant qu'expert sur territoire suisse.

- 13 - Le 27 avril 2023, le recourant a spontanément produit deux rapports de la Dre A. _____. Ainsi, dans un premier rapport daté du 23 mars 2023, ladite psychiatre indiquait que l'assuré décrivait des douleurs insupportables sans Oxynorm et que le Temesta était indispensable pour gérer l'anxiété omniprésente et d'intensité sévère, de sorte qu'aucun de ces deux médicaments ne pouvait être arrêté. Dans un second rapport daté du 6 avril 2023, la Dre A. _____ relevait que l'assuré n'était pas dépendant aux opiacés, en termes de trouble addictif, mais qu'il était dépendant aux effets de ces médicaments. Quant à l'incapacité de travail, elle était évaluée à 100 % en lien avec les symptômes somatiques qui avaient déterminé l'apparition et l'aggravation de la symptomatologie anxio-dépressive. Il était encore précisé que, sur le plan psychiatrique, l'intéressé présentait plus particulièrement un ralentissement psychomoteur modéré, des troubles de la concentration, des difficultés à contenir ses émotions, une importante tristesse, une asthénie sévère et des sentiments d'insuffisance. Par réplique du 10 mai 2023, le recourant a persisté dans ses précédents motifs et conclusions. Il s'est par ailleurs référé à un rapport du 4 avril 2023 du Dr Y. _____, joint en annexe, signalant, entre autres, des cervicalgies chroniques invalidantes post-fracture C7, des troubles de la statique avec cyphose cervico-dorsale en nette aggravation – depuis le mois de juin 2021 – et semblant irréversible, un déconditionnement physique et une symptomatologie en rapport avec un syndrome de whiplash, un syndrome dépressif réactionnel à la situation physique, un syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite, ainsi qu'une atteinte des nerfs ulnaires des deux coudes. Quant aux limitations fonctionnelles, elles concernaient le port de charges supérieures à cinq kilos, le travail debout, assis ou accroupi de manière prolongée, le travail avec les bras tendus ou en l'air, ainsi que la montée ou la descente d'escaliers de manière répétitive. Le Dr Y. _____ estimait que, dans ces conditions, aucune activité n'était

envisageable.

- 14 - Dupliquant le 14 juin 2023, l'intimé a confirmé sa position et relevé, au surplus, qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé pourrait faire l'objet d'une nouvelle demande. Le 10 juillet 2023, le recourant a produit un rapport du Dr M. _____ du 17 mai 2023, diagnostiquant en particulier des cervicoscapulalgies chroniques bilatérales invalidantes (s'inscrivant dans le contexte des antécédents de 2012 et 2018, de troubles statiques avec cyphose cervicodorsale, d'un déconditionnement physique global focal et d'une symptomatologie compatible avec un syndrome de whiplash), un syndrome du tunnel carpien bilatéral à légère prédominance droite, un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, ainsi qu'une légère atteinte sensitive du nerf ulnaire au niveau des coudes. Sur le plan radiologique, le Dr M. _____ relevait une globale stabilité du status. Concernant la capacité de travail dans une adaptée, ce dernier médecin estimait ne pas être en mesure de se prononcer ; le pronostic de réinsertion paraissait néanmoins défavorable au vu de la chronicisation de la douleur et du status [sic] d'invalidité. Prenant position le 20 juillet 2023, l'intimé a maintenu son appréciation, soulignant que le Dr M. _____ n'évoquait pas d'incapacité totale de travail dans toute activité. Par écriture du 3 août 2023, le recourant a fait valoir qu'un pronostic de réinsertion défavorable permettait d'inférer une capacité de travail nulle. Aux termes d'une détermination du 10 octobre 2024, le recourant a confirmé sa requête de débats publics et relevé qu'une expertise allait prochainement être mise en œuvre. Le 5 décembre 2024, le recourant a évoqué des démarches en vue d'obtenir un avis rhumatologique et produit un rapport de consultation établi le 29 novembre 2024 par le Dr V. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans ce rapport, le Dr V. _____ diagnostiquait

- 15 - en particulier des cervicalgies invalidantes (dans le cadre des suites des chutes subies en 2012 et 2018, de troubles posturaux avec antépulsion marquée cervico-dorsale très prononcée, d'un dysfonctionnement myofascial et d'une sensibilisation centrale à la douleur), une lomboradiculalgie droite – apparue depuis trois mois environ – sur hernie discale L4-L5 en conflit au niveau de la racine L5 droite et avec arthropathie facettaire dégénérative et congestive étagée prédominante en L3-L4, des troubles de l'équilibre avec chutes à répétition, un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, une possible dépendance aux morphiniques, un trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi qu'un contexte psychosocial complexe. Le Dr V. _____ exposait plus spécifiquement que des malaises avec vertiges, pertes d'équilibre voire chutes pouvaient survenir en lien avec les douleurs intenses mais également en dehors des pics douloureux, en lien avec la médication de l'intéressé. Il relevait en outre qu'une mécanique corporelle défectueuse et des troubles posturaux étaient présents chez l'assuré et pouvaient évoquer un syndrome douloureux myofascial. A cela s'ajoutait que le patient présentait certains symptômes de sensibilisation centrale, notamment au niveau du sommeil, de la concentration et du stress. Pour le Dr V. _____, le tableau clinique sévère du point de vue algique et fonctionnel induisait une incapacité de travail totale dans toute activité. Se déterminant le 13 janvier 2025, l'intimé a maintenu son appréciation. Il a en particulier renvoyé à un avis SMR du 10 janvier 2025 confirmant les conclusions précédemment émises par ce service le 29 septembre 2022 mais réservant une potentielle modification de l'état de santé pour la période postérieure à la décision du 13 décembre 2022. Par écriture du 6 février 2025, le recourant s'est prévalu de l'évaluation du Dr V. _____ et a précisé que les démarches en vue d'obtenir un avis rhumatologique spécialisé se poursuivaient.

Dans une écriture du 15 mai 2025, le recourant a sollicité un délai de deux mois en vue de produire un rapport neurologique. Cette

- 16 - requête, interprétée comme une demande de suspension de la cause, a été rejetée par avis de la juge instructrice du 23 juin 2025. Aux termes d'une écriture du 26 juin 2025, le recourant a réitéré sa requête visant à la mise en œuvre de débats publics. Une audience de débats publics a eu lieu le 2 septembre 2025. A cette occasion, le conseil du recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique complémentaire axée sur la médication de l'assuré et a versé en cause un rapport d'expertise neurologique non daté, faisant suite à un examen effectué le 19 juin 2025 par les Drs [...] et [...], tous deux chefs de clinique au Service de neurologie des Hôpitaux [...]. Le conseil du recourant a en outre plaidé pour son client. 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 – compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c 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 bien-fondé de la décision rendue le 13 décembre 2022 par l'OAI, des suites de la nouvelle demande de

- 17 - prestations déposée le 8 février 2019 par l'assuré. Est plus spécifiquement contestée la suppression, au 31 juillet 2021, de la rente entière d'invalidité octroyée rétroactivement depuis le 1er septembre 2019. 3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable ratione temporis dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Attendu qu'en l'espèce la décision querellée est certes datée du 13 décembre 2022 mais porte sur le droit à une rente d'invalidité dont le dies a quo de même que l'éventuelle suppression sont antérieurs au 1er janvier 2022, c'est en conséquence l'ancien droit qui s'applique. 4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). 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.

- 18 - 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. 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). 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 (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). c) La décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). Cette disposition (dans sa

- 19 - teneur au 31 décembre 2021) prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'art. 88a al. 1 RAI précise par ailleurs qu'une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2d, confirmé in ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et 135 V 141 consid. 1.4.4). d) Tant les affections psychosomatiques (ATF 141 V 281) que les affections psychiques (ATF 143 V 418) et les syndromes de dépendance (ATF 145 V 215) doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée. La preuve d'un tel trouble suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe

d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue

- 20 - (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). 5. 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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

- 21 - complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). 6. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 8 février 2019, procédant à l'instruction du cas sur le plan médical

auprès des différents médecins intervenus et mettant ensuite en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Sur cette base, l'OAI a retenu que l'assuré, en incapacité de travail durable depuis le 18 septembre 2018, présentait une capacité de travail nulle dans toute activité dès le 18 septembre 2019, à l'issue du délai d'attente légal d'une année, puis de 100 % dans une activité adaptée dès le 28 avril 2021. Il lui a conséquemment reconnu le droit à une rente entière d'invalidité pour une période limitée dans le temps, allant du 1er septembre 2019 (art. 28 al. 1 LAI) au 31 juillet 2021 (art. 88a al. 1 RAI).

- 22 - b) Dans la mesure où l'OAI a reconnu que l'assuré ne disposait initialement d'aucune capacité de travail jusqu'à une modification de la situation intervenue le 28 avril 2021, l'office a ainsi considéré, implicitement, que l'inexigibilité était complète jusqu'à l'examen effectué le 28 avril 2021 par le Dr P. _____ (faisant l'objet d'un rapport du 5 mai 2021) pour le compte de la CNA. Il convient toutefois de replacer l'évaluation du 28 avril 2021 dans son contexte. En effet, dans le cadre de l'instruction diligentée par la CNA, la situation de l'assuré a tout d'abord fait l'objet d'un rapport de synthèse des médecins de la Clinique J. _____ du 28 octobre 2020, que le Dr P. _____ a validé le 24 février 2021 après un examen de l'assuré le 19 février 2021, puis de précisions fournies le 23 avril 2021 par le Dr K. _____ de la Clinique J. _____, que le Dr P. _____ a intégrées le 28 avril 2021 à sa précédente évaluation. Quant à la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, elle a plus particulièrement été arrêtée le 23 avril 2021 par le Dr K. _____. En revanche, aucune des appréciations susmentionnées ne procède à un examen rétroactif de cette problématique – et pour cause, dans le contexte spécifique de l'assurance-accidents où la question de la perte de gain susceptible d'ouvrir le droit à la rente ne se pose qu'une fois acquise la stabilisation de l'état de santé (art. 19 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20] ; ATF 144 V 354 consid. 4.1). Il suit de là, en d'autres termes, que l'évaluation du 28 avril 2021 ne se positionne pas sur l'évolution antérieure de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et ne saurait, a fortiori, servir de marqueur temporel en faveur d'une quelconque amélioration sur ce plan. Les autres éléments au dossier n'apportent pas de plus amples éclaircissements sur cette problématique. Notamment, les difficultés rapportées par les intervenants d'O. _____ – qui ne sauraient, en tout état de cause, supplanter les appréciations émanant des médecins (TF 9C_291/2023 du 30 janvier 2024 consid. 5.3 et les références) – ne sont pas pertinentes puisqu'antérieures à la période ici visée, courant de septembre 2019 à avril 2021. Au cours de cette période, seuls le Dr

- 23 - Y. _____ (cf. rapports des 20 décembre 2019 et 14 février 2020) et la Dre A. _____ (cf. rapport du 18 décembre 2019) se sont prononcés au sujet de la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée. C'est toutefois sans aucune motivation qu'ils ont conclu à une incapacité de travail totale sur le plan somatique et la Dre A. _____ a, plus particulièrement, nié toute incapacité ou limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Il apparaît en outre que les experts du Q. _____ – mandatés dans le cadre de la procédure d'audition visant le projet de décision du 12 juillet 2021, qui postulait une inexigibilité complète avant le 28 avril 2021 – se sont uniquement prononcés sur l'exigibilité d'une activité adaptée dès le 28 avril 2021 (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 p. 5). Autrement dit, il apparaît douteux, sur la base des pièces médicales au dossier, que l'on puisse reconnaître au recourant, comme l'a fait l'intimé, une incapacité de travail totale dans toute activité dès le mois de septembre 2019, au terme du délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 LAI), pour la période courant jusqu'au 28 avril 2021.

Néanmoins, dès lors que la position adoptée à cet égard par l'OAI s'avère favorable au recourant et dans la mesure où cet aspect de la décision entreprise n'est du reste pas disputé entre les parties, la Cour de céans s'en tiendra donc à l'évaluation de la capacité résiduelle de travail ainsi définie par l'office. En ce sens, l'ouverture d'un droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2019, à l'issue du délai d'attente légal d'une année (art. 28 al. 1 LAI), peut donc être validée. c) Le recourant nie, en revanche, disposer depuis le 28 avril 2021 d'une capacité de travail lui permettant d'exercer une activité adaptée à 100 % et justifiant la suppression de toute rente d'invalidité dès le 1er juillet 2021 (art. 88a al. 1 RAI). Il appartient par conséquent à la Cour de céans de trancher cette problématique.

- 24 - 7. Sur le plan médical, il apparaît que l'OAI, après avoir établi un projet de décision le 12 juillet 2021 essentiellement fondé sur les avis des médecins de la Clinique J. _____ et du Dr P. _____, a rendu la décision litigieuse du 13 décembre 2022 en se basant sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du Q. _____ du 1er septembre 2022, dont le recourant critique le bien-fondé. a) Au niveau de la médecine interne, l'experte X. _____ a constaté l'absence d'élément important à relever et a conclu à une capacité de travail de 100 % depuis toujours (cf. rapport du 1er septembre 2022 p. 19). aa) Sur le plan de la médecine interne à strictement parler, l'experte X. _____ a souligné que l'assuré présentait une hypertension artérielle traitée et un surpoids dans le contexte d'un status après bypass (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 p. 4 et 18). Les rapports médicaux au dossier n'apportent aucun élément supplémentaire à ce niveau ; tout au plus apparaît-il que le Dr Y. _____ a confirmé, le 20 août 2021, la découverte d'une hypertension artérielle faisant l'objet d'un traitement. On ne voit, dès lors, aucun motif pertinent de s'écarter de l'appréciation émise sur ce plan par l'experte X. _____. bb) L'experte X. _____ a par ailleurs retenu, au titre de diagnostic avec incidence sur la capacité de travail, une utilisation d'antalgiques opiacés, précisant à cet égard que l'Oxynorm pouvait entraîner une diminution de l'aptitude à la conduite automobile et à l'utilisation de machines dangereuses. Intégrant cet élément à son analyse, elle a certes conclu à une entière capacité de travail dans une activité adaptée sur le plan de la médecine interne, mais a fait état d'une restriction au niveau de la manipulation de machines dangereuses (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 pp. 5 et 18 s.). Sur le plan thérapeutique, l'experte X. _____ a observé qu'il y avait lieu d'envisager un sevrage des opiacés au vu de la balance « bénéfiques/effets secondaires » et a renvoyé, s'agissant plus spécifiquement de l'antalgie pour les cervicalgies, à l'appréciation de l'expert R. _____ (cf. rapport

- 25 - d'expertise du 1er septembre 2022 p. 18). Ce dernier a estimé, compte tenu des incohérences constatées au niveau des limitations de l'assuré, que la consommation d'Oxynorm ne paraissait pas correspondre au diagnostic posé (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 p. 26). Ainsi, quoi qu'en dise le recourant en se référant vainement aux données générales résultant du Compendium suisse des médicaments (cf. mémoire de recours du 24 janvier 2023 pp. 13 s.), la prescription d'Oxynorm a bien été englobée dans l'analyse des experts du Q. _____, lesquels ont émis des doutes quant à l'adéquation de cette médication, tant sous l'angle de la médecine interne que de la rhumatologie, mais ont retenu, ce nonobstant, une pleine exigibilité dans une activité adaptée. En particulier, un sevrage a certes été préconisé par l'experte X. _____ (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 p. 18), mais non pas érigé en prémisse incontournable à l'exercice d'une activité. Tout au plus notera-t-on que quand bien même le recourant estime que seul

l'Oxynorm est à même de soulager ses douleurs (cf. rapports de la Dre A. _____ des 23 mars et 6 avril 2023), son ressenti subjectif ne saurait constituer l'unique motif pour l'administration d'un opioïde et, encore moins, se substituer à une appréciation médicale objective de la situation comprenant une pondération des différents paramètres en présence. Il résulte également du dossier que des problèmes de chutes de tension, de vertiges ou de malaises ont été évoqués par différents médecins et, selon certains d'entre eux, mis en relation avec la consommation d'opioïdes (cf. rapport de synthèse de la Clinique J. _____ du 28 octobre 2020 pp. 3 s. ; cf. rapport du Dr Y. _____ du 20 août 2021 ; cf. rapports de la Dre A. _____ des 5 octobre 2021, 23 décembre 2021 et 6 avril 2023 ; cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 pp. 13 et 18 ; cf. rapport du Dr V. _____ du 29 novembre 2024). Il convient de relever, à cet égard, qu'à l'exception des médecins de la Clinique J. _____ qui ont signalé trois malaises en cours de séjour hospitalier, toutefois sans perte de connaissance et disparus rapidement sans identification d'un élément déclencheur autre que le déroulement d'une thérapie (cf. rapport de synthèse du 28 octobre 2020 p. 4), les circonstances de ces troubles vertigineux reposent essentiellement sur les seuls dires du patient, sans

- 26 - corrélation avec des éléments médicaux objectifs. En tout état de cause, les experts du Q. _____ n'en ont pas déduit une entrave significative à l'exercice d'une activité adaptée. Quant aux autres avis médicaux au dossier, ils n'exposent pas concrètement en quoi de tels épisodes pourraient être rattachés à un diagnostic médical incapacitant. On ne saurait dès lors y voir une limitation objective à l'exercice d'une activité adaptée. En tant que telle, la consommation d'antalgiques opiacés ne permet donc pas de revenir sur l'exigibilité définie par les experts du Q. _____. b) Au niveau rhumatologique, l'expert R. _____ a retenu les diagnostics incapacitants de lombalgie sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathie, ainsi que de cervicalgies sans irradiation objective dans les membres supérieurs, sur discopathie avec antécédents de fracture de l'odontoïde et de la lame postérieure droite et gauche de C7. L'expert a plus particulièrement relevé que l'examen clinique mettait en évidence une quasi-immobilité du rachis cervical et une limitation importante de la mobilisation lombaire, alors que l'examen radiologique ne montrait que des atteintes dégénératives modérées, sans signe d'atteinte neurologique. Sur cette base, il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 19 septembre 2018 et à une capacité de travail totale depuis le 28 avril 2021 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles – à savoir pas d'effort de soulèvement à partir du sol au-dessus de cinq kilos, port de charge proche du corps limité à dix kilos, pas de porte-à-faux ni de rotation répétée du buste et du rachis cervical, pas d'hyper extension du rachis cervical, pas d'activité en hauteur (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 pp. 4 s. et 26 s.). aa) D'un point de vue formel, le recourant met en doute les conclusions de l'expert R. _____ au motif que ce dernier a effectué sa formation médicale à l'étranger et que la « notion d'invalidité du droit

- 27 - suisse » lui est donc étrangère (cf. mémoire de recours du 24 janvier 2023 p. 14). A ce propos, il convient de relever, en premier lieu, qu'en ce qui concerne les exigences techniques émises à l'égard des experts médicaux, une formation spécialisée acquise à l'étranger est considérée comme suffisante (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 in fine ; TF 9C_669/2018 du 18 avril 2019 consid. 4.2.1 et les références ; TF 8C_606/2016 du 13 décembre 2016 consid. 4.3 et les références). A cela s'ajoute, en second lieu, que la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé, en particulier à indiquer dans

quelle mesure celui-ci a évolué et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 et les références) ; en revanche, il revient aux organes chargés de l'application du droit (à savoir l'administration ou, en cas de litige, le tribunal) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de la personne assurée (TF 9C_660/2021 du 30 novembre 2022 consid. 5.2 et les références ; voir également David Ionta, Les rapports médicaux en assurances sociales, in Jusletter 13 mai 2024, ch. 21 et les références) et, corrélativement, de se prononcer sous l'angle de la « notion d'invalidité du droit suisse », telle qu'invoquée par le recourant. Sur le vu de ce qui précède, on ne voit pas en quoi le cursus académique de l'expert R. _____ – titulaire d'une spécialisation en rhumatologie acquise en France en 1993 et reconnue en Suisse en 2016 (selon le Registre des professions médicales MedReg tenu par l'Office fédéral de la santé publique [<https://www.medregom.admin.ch>]) – serait susceptible d'entacher la valeur probante de l'évaluation rhumatologique consignée aux termes du rapport d'expertise du 1er septembre 2022, évaluation qui n'a du reste pas vocation à comporter une quelconque dimension juridique. Sous cet angle, les griefs soulevés par le recourant sont donc dénués de pertinence. bb) Sur le fond, l'appréciation de l'expert R. _____ n'est pas mise en doute par les avis médicaux au dossier.

- 28 - Du point de vue des constats médicaux, l'expert a dûment tenu compte des troubles du rachis présentés par l'assuré (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 pp. 24 s.), à savoir la présence d'une hernie discale L5-S1 droite (cf. rapport d'expertise du Dr H. _____ du 23 avril 2001) et d'antécédents liés aux fractures cervicales subies en 2012, consolidées de longue date et n'ayant pas engendré de nouvelle lésion ou déformation sévère décelable à l'imagerie mais tout au plus une cyphotisation de la vertèbre D1 avec la fracture de C7 (cf. rapports du Dr N. _____ des 31 octobre 2019 et 15 janvier 2020 ; cf. rapport de synthèse de la Clinique J. _____ du 28 octobre 2020 p. 4 ; cf. rapports du Dr M. _____ des 12 mai 2020 et 17 mai 2023). Plus particulièrement, l'expert R. _____ a mentionné une accentuation de la cyphose dorsale avec une lordose cervicale compensatrice (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 p. 24), à l'instar des médecins de la Clinique J. _____ (cf. rapport de synthèse du 28 octobre 2020 p. 1) et du Dr P. _____ (cf. rapport du 5 mai 2021 p. 5). Comme le Dr S. _____ (cf. rapport du 30 janvier 2019), l'expert R. _____ a de surcroît relevé des contractures musculaires au cours de l'examen clinique et estimé que la symptomatologie douloureuse ne pouvait pas être imputée à une atteinte neurologique (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 pp. 4, 24 et 26). A cela s'ajoute qu'en tant qu'elle conclut à une capacité de travail entière dans une activité adaptée essentiellement au niveau de l'épargne du rachis, l'évaluation de l'expert R. _____ ne met pas en évidence d'évolution particulière depuis l'examen de l'expert H. _____ (cf. rapport d'expertise du 23 avril 2001) et s'inscrit en cohérence avec l'appréciation des spécialistes de la Clinique J. _____ (cf. rapport de synthèse du 28 octobre 2020, complété le 23 avril 2021), reprise par le Dr P. _____ (cf. rapport du 5 mai 2021) ; du reste, la position du Dr M. _____ s'inscrit dans la même lignée, dès lors que ce dernier a validé les limitations fonctionnelles retenues en 2020 par les médecins de la Clinique J. _____, quand bien même il a renoncé à se prononcer sur la capacité de travail et émis un pronostic réservé en termes de réinsertion

- 29 - (cf. rapport du 17 mai 2023). Tout au plus apparaît-il que l'expert R. _____ n'a pas retenu de diminution de rendement dans l'exercice d'une activité adaptée, contrairement aux médecins de la Clinique J. _____ et au Dr P. _____ qui avaient précédemment

évoqué une baisse de rendement de 10 à 20 % (cf. courrier électronique du 23 avril 2021 du Dr K. _____ ; cf. rapport du 5 mai 2021 du Dr P. _____). Cette divergence n'a toutefois aucune incidence concrète. En effet, la diminution de rendement de 15 % incorporée au calcul de la perte de gain dans le projet de décision du 12 juillet 2021, établi sur la base de l'évaluation des médecins de la Clinique J. _____ et du Dr P. _____, a en tout état de cause été maintenue au stade de la décision litigieuse rendue le 13 décembre 2022. Il apparaît en d'autres termes que, sur ce point spécifique, l'intimé s'en est tenu à la position adoptée avant l'expertise du Q. _____ et a, par là même, renoncé à tenir compte d'un plein rendement en termes d'exigibilité d'une activité adaptée, ce qui s'avère somme toute favorable à l'assuré. Il est vrai que le Dr Y. _____, comme il l'avait fait initialement (cf. rapports des 20 décembre 2019 et 14 février 2020), a persisté à faire état de diagnostics incapacitants – notamment des cervicalgies, respectivement des cervicobrachialgies – en lien avec les fractures cervicales subies en 2012 (cf. rapports des 20 août 2021, 18 janvier 2022 et 4 avril 2023). Ce médecin a en outre retenu des limitations fonctionnelles plus restrictives que celles décrites par les médecins de la Clinique J. _____, le Dr P. _____ ou l'expert R. _____ (cf. ibid.). Le Dr Y. _____ n'a cependant proposé aucune motivation à l'appui de ses constatations, en vue d'expliquer concrètement en quoi, d'un point de vue médical, les atteintes retenues faisaient obstacle à l'exercice d'une activité adaptée. Il a en outre mentionné une aggravation sous forme d'accentuation de la flexion cervicale (cf. rapports des 20 août 2021 et 4 avril 2023), mais n'a à cet égard apporté aucun élément objectif qui aurait échappé à l'expert R. _____. Pour le surplus, les observations du Dr Y. _____ font essentiellement écho aux rapports établis les 12 mai 2020 et 17 mai 2023 par le Dr M. _____. Ainsi, le Dr Y. _____ a signalé un déconditionnement physique et une symptomatologie compatible avec un - 30 - syndrome de whiplash (cf. rapport du 4 avril 2023), tels que mentionnés également par le Dr M. _____ (cf. rapports des 12 mai 2020 et 17 mai 2023). Aucun de ces deux médecins n'a cependant décrit l'impact spécifique du déconditionnement, ou n'a objectivement étayé le diagnostic de syndrome de whiplash ni exposé concrètement ses répercussions ; on notera, du reste, que les médecins de la Clinique J. _____ ont conclu à l'exigibilité complète d'une activité adaptée nonobstant un diagnostic de déconditionnement physique (cf. rapport de synthèse du 28 octobre 2020 complété le 23 avril 2021). Quant aux diagnostics de syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite et d'atteinte des nerfs ulnaires des deux coudes, ils n'apparaissent pas pertinents dans le cas particulier. Ils ont en effet été signalés pour la première fois le 4 avril 2023 par le Dr Y. _____, sans autre précision, avant que le Dr M. _____ fasse à cet égard référence, le 17 mai 2023, à une symptomatologie « plutôt récente » (cf. rapport du 17 mai 2023 p. 3). Aussi ces troubles n'apparaissent-ils pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, antérieurs ou contemporains à la décision du 13 décembre 2022, qui définit le cadre temporel de l'examen du juge (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 4 et les références citées). En tout état de cause, aucun de ces deux médecins n'a évoqué de limitation concrète en lien avec ces atteintes. En définitive, les éléments mis en exergue par le Dr Y. _____, de même que par le Dr M. _____, ne mettent donc en évidence aucun indice sérieux justifiant de s'écarter de l'appréciation de l'expert R. _____. La Cour relève encore que la Dre A. _____, comme elle l'avait fait dans son rapport du 18 décembre 2019, a persisté à évoquer une incapacité de travail totale en lien avec l'aspect somatique (cf. rapports des 5 octobre 2021 et 6 avril 2023). Cette position, émanant d'une spécialiste en psychiatrie, n'est toutefois aucunement étayée et ne saurait dès lors être considérée comme

pertinente. En ce qui concerne finalement le Dr V. _____, son rapport du 29 novembre 2024 mentionne des diagnostics déjà connus en lien avec les troubles du rachis de l'assuré, sans apporter d'élément concret incitant à

- 31 - s'écarter sur ce plan des conclusions de l'expert R. _____. Tout au plus mentionne-t-il une lomboradiculalgie droite apparue « depuis trois mois environ » (p. 3) dans le cadre d'une atteinte au niveau des vertèbres L3- L4-L5, qui relève ainsi d'une évolution postérieure à la date déterminante de la décision du 13 décembre 2022 (TF 9C_500/2011 loc. cit.). Si le Dr V. _____ estime de surcroît que la situation s'inscrit dans un contexte de syndrome douloureux myofascial et de sensibilisation centrale à la douleur, il se contente toutefois, sur ce point, de reprendre des notions théoriques issues de la littérature médicale et d'y rattacher péremptoirement une partie des plaintes – par définition subjectives – du patient, sans réelle vérification ou discussion médicale objective ; on ne voit donc pas en quoi l'hypothèse diagnostique émise par le Dr V. _____ devrait l'emporter sur l'appréciation circonstanciée de l'expert R. _____. Au demeurant, le Dr V. _____ tient compte d'un contexte psychosocial complexe, alors même qu'il s'agit là d'un facteur étranger à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a). Plus généralement, les propos du Dr V. _____ quant au caractère invalidant des troubles du recourant relèvent tout au plus d'affirmations catégoriques et ne reposent pas sur un raisonnement médical dûment étayé. Au regard de l'ensemble de ces éléments, les observations du Dr V. _____ ne sont donc pas susceptibles d'émailler les conclusions de l'expert rhumatologue du Q. _____. Sur ce plan non plus, on ne voit donc pas de raison valable d'écarter l'évaluation de l'expert R. _____. cc) Le recourant soulève en outre différents griefs visant le volet rhumatologique de l'expertise du Q. _____. L'assuré soutient en particulier que quand bien même l'expert rhumatologue a retenu divers diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, la nature incapacitante de ces atteintes n'a cependant pas été intégrée à l'analyse expertale dans la mesure où une capacité de travail de 100 % lui a été reconnue (cf. mémoire de recours 24 janvier 2023 pp. 13 s.). Ce faisant, l'intéressé perd néanmoins de vue qu'il convient de distinguer entre la reconnaissance d'une atteinte susceptible

- 32 - d'influencer négativement la capacité d'un individu à travailler, d'une part, et l'aptitude que cette personne conserve malgré tout à exercer une activité adaptée à l'atteinte en question, moyennant des éventuelles adaptations de taux et/ou de rendement ainsi que la prise en compte de limitations fonctionnelles à respecter, d'autre part. Ainsi, l'expertise du Q. _____ ne s'avère en rien contradictoire lorsqu'elle retient que le recourant présente des atteintes incapacitantes sur le plan rhumatologique, qu'il n'est de ce fait plus à même d'exercer son activité habituelle, mais qu'il dispose néanmoins d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux troubles retenus. Le recourant fait par ailleurs valoir que le volet rhumatologique de l'expertise mentionne tout d'abord que ses douleurs sont l'expression du traumatisme de 2012, pour retenir ensuite que ce traumatisme n'entraîne aucune conséquence (cf. mémoire de recours du 24 janvier 2023 p. 13). Cette argumentation procède néanmoins d'une mauvaise lecture du rapport d'expertise. En effet, ce rapport mentionne uniquement qu'un médecin d'arrondissement de la CNA a fait état, en 2019, d'une douleur constituant l'expression de lésions dégénératives préexistantes en lien avec les fractures cervicales datant de 2012 (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 p. 25). C'est, de fait, ce qui résulte de l'avis émis le 8 mai 2019 par le Dr D. _____ (« Die noch bestehende Beschwerdesymptomatik ist Ausdruck der vorbestehenden

Degeneration sowie Folgen des Unfalls vom 24.03.2012 »). Ces propos n'ont ainsi été que rapportés par l'expert R. _____, dans le cadre du résumé de l'évolution du cas. Ledit expert – qui n'était du reste pas lié de façon contraignante par l'avis exprimé trois ans plus tôt par le Dr D. _____ – a, pour sa part, relevé qu'il n'y avait pas de conséquences liées au traumatisme de 2012 (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 pp. 4 et 26), ce qui s'avère exact au regard de la consolidation des fractures subies en 2012. Doit en revanche être réservée l'évolution postérieure – dont la nature dégénérative ou traumatique peut rester indéterminée – ayant notamment conduit à la cyphotisation de la vertèbre D1 avec la fracture de C7 (cf. rapport d'IRM de la colonne cervicale du Dr L. _____ du 22 octobre 2019 ; cf. rapport du Dr N. _____ du 15 janvier 2020), évolution

- 33 - qui ne constitue toutefois pas une déformation sévère (cf. rapport du Dr N. _____ du 15 janvier 2020) et que l'expert R. _____ a en tout état de cause dûment répertoriée pour conclure ensuite à une atteinte dégénérative modérée (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 pp. 25 s.). Il suit de là que, contrairement à ce que prétend le recourant, l'appréciation de l'expert R. _____ ne comporte pas de contradictions et n'a pas à être écartée de ce chef. dd) La Cour de céans estime, sur le vu de ce qui précède, que les conclusions de l'expert R. _____ peuvent être confirmées. c) Sur le plan psychiatrique, l'expert G. _____ a relevé que le recourant présentait une tristesse fluctuante mais pas d'humeur dépressive, des troubles du sommeil fluctuants en fonction des douleurs, une certaine tension nerveuse et une fatigue en début d'entretien, ainsi que des cauchemars fluctuants. Sur cette base, il a posé un diagnostic de trouble anxieux et dépressif. L'expert a par ailleurs estimé que la personnalité de l'assuré n'avait pas d'incidence et que ce dernier présentait des ressources psychologiques et des mécanismes adaptatifs légèrement diminués en raison de sa médication jugée trop lourde, mais qu'il n'y avait malgré tout pas de limitation ou d'incapacité de travail d'ordre psychiatrique. En particulier, l'atteinte à la santé avait un impact inhomogène dans la globalité des domaines de la vie, l'intéressé étant notamment demandeur de soins médicaux somatiques et psychiatriques mais n'étant pas compliant du point de vue de la prise des médicaments (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 pp. 4 s. et 11 ss). aa) L'appréciation de l'expert G. _____, certes condensée, aborde néanmoins les différents axes permettant de se positionner à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 141 V 281 ; cf. consid. 4d supra) – que ce soit sous l'angle diagnostique, sous l'angle du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte ou encore sous l'angle de la cohérence. En d'autres termes,

- 34 - l'expert a démontré à satisfaction en quoi il estimait que le trouble psychique de l'assuré n'engendrait pas de diminution des ressources à l'origine d'une quelconque incapacité de travail du point de vue psychiatrique. bb) La Dre A. _____ a, pour sa part, posé un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (cf. rapports des 18 décembre 2019, 5 octobre 2021 et 23 décembre 2021), puis évoqué plus généralement une symptomatologie anxio-dépressive (cf. rapport du 6 avril 2023). Dite praticienne n'a cependant guère développé de motivation sur ce plan. Par ailleurs, la Dre A. _____ n'a pas objectivé de limitation ou d'incapacité de travail d'ordre strictement psychiatrique (cf. rapports des 18 décembre 2019, 5 octobre 2021 et 6 avril 2023). Elle a tout au plus évoqué une capacité de travail de 50 % en lien avec le trouble dépressif (cf. rapport du 23 décembre 2021), mais n'a pas étayé sa position et a malgré tout estimé qu'une augmentation à 100 % était envisageable (cf. ibid.). Si les rapports de la Dre A. _____ sont en outre évocateurs d'une certaine évolution

notamment au niveau du ralentissement psychomoteur ou encore de l'asthénie, entre les avis émis au cours de la procédure administrative (cf. rapports des 18 décembre 2019, 5 octobre et 23 décembre 2021) et celui établi le 6 avril 2023 dans le cadre de la présente procédure judiciaire, il reste que cette évolution apparaît postérieure à la décision querellée rendue le 13 décembre 2022 (TF 9C_500/2011 loc. cit.). Dans ces conditions, on ne voit pas que l'avis de la psychiatre traitante serait susceptible de mettre en cause les conclusions de l'expert G._____. Un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites a par ailleurs été retenu par les médecins de la Clinique J._____ (cf. consilium psychiatrique du Dr U._____ du 15 octobre 2020 ; cf. rapport de synthèse du 28 octobre 2020). Ceux-ci n'ont toutefois pas détaillé leur appréciation sur le plan diagnostique et n'ont pas non plus clairement fait état d'une incapacité de travail à ce niveau. En tout état de cause, c'est en pleine connaissance de cette appréciation que l'expert G._____ a, quant à lui, conclu à un trouble anxieux et

- 35 - dépressif mixte à l'issue d'une évaluation globale de la situation (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 pp. 11 ss). Cette évaluation, plus détaillée, mérite par conséquent d'être privilégiée. Quant au syndrome dépressif réactionnel évoqué par le Dr Y._____ (cf. rapports des 20 décembre 2019, 20 août 2021, 18 janvier 2022 et 4 avril 2023), il ne saurait être tenu pour pertinent, dès lors que ce médecin ne dispose pas d'une spécialisation en psychiatrie et qu'il s'est du reste contenté d'affirmer l'existence d'un tel trouble sans proposer le moindre raisonnement susceptible d'en faire la démonstration. Il en va de même des diagnostics d'état dépressif ou de trouble de l'adaptation mentionnés sans autre précision par les Drs M._____ (cf. rapports des 12 mai 2020 et 17 mai 2023) et V._____ (cf. rapport du 29 novembre 2024). De ce qui précède, il résulte par conséquent que les conclusions de l'expert G._____ ne sont pas remises en question par les avis médicaux au dossier. cc) L'expert G._____ s'est par ailleurs exprimé au sujet de la médication du recourant. Il a plus particulièrement souligné que l'assuré pouvait « prendre jusqu'à 4 mg de Temesta par jour, ainsi que 200 mg de Trittico le soir, ceci associé à la morphine [...] pour les douleurs » et que la prise de deux antidépresseurs (Trittico et Escitalopram) n'apparaissait pas compréhensible chez un expertisé ne présentant pas de signes dépressifs. Pour l'expert, cette combinaison pouvait expliquer la fatigue et le ralentissement psychomoteur évoqués par la Dre A._____ – ralentissement qui n'avait toutefois pas été objectivé à l'examen – et justifier de revoir la médication, à savoir diminuer les comprimés de Temesta voire faire un sevrage bien qu'une telle mesure risque de s'avérer problématique (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 pp.

E. 11

et 13). Parallèlement, l'expert G._____ a observé que le Lorazepam (Temesta), le Trittico et l'Escitalopram n'étaient pas décelables aux dosages plasmatiques réalisés dans le cadre de l'expertise, alors même

- 36 - que l'assuré affirmait prendre ses médicaments régulièrement (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 pp. 4, 11 et 13). aaa) Il convient ainsi de distinguer entre deux éventualités. A supposer que le recourant consomme quotidiennement deux antidépresseurs (Escitalopram et Trittico) et une benzodiazépine (Temesta) pour ses troubles psychiques, dite consommation pourrait donc, de l'avis de l'expert G._____, participer à certains des symptômes signalés par la Dre A._____ – ce dont cette dernière ne disconvient pas. Aux termes de son rapport du 23 mars 2023, la psychiatre traitante s'est contentée de justifier la médication actuelle en relevant notamment que le Temesta était indispensable pour la

gestion de l'anxiété sévère et omniprésente. Ces explications peinent toutefois à convaincre. En particulier, la psychiatre traitante n'a pas fait mention d'une anxiété sévère avant son compte-rendu du 23 mars 2023, postérieur à la décision attaquée. De surcroît, aucune anxiété sévère n'a été relevée par les autres médecins intervenus, en particulier les spécialistes de la Clinique J. _____ (cf. consilium psychiatrique du Dr U. _____ du 15 octobre 2020 ; cf. rapport de synthèse du 28 octobre 2020) ou l'expert G. _____ (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022). Sur ce plan, on ne voit donc pas ce qui s'opposerait à une adaptation de la médication. En tout état de cause, il reste que l'expert G. _____ a certes préconisé une modification du traitement médicamenteux mais que, quand bien même il en a fait état sous la rubrique « 4.8 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail » (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 p. 5), il n'a pas pour autant subordonné l'exercice d'une activité adaptée à un changement de plan thérapeutique. Bien au contraire, il a estimé que les effets iatrogènes des médicaments se répercutaient de manière légère et non incapacitante sur les ressources de l'expertisé (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 pp. 4 s. et 11 ss), ce qui n'est pas mis en doute en l'état du dossier (cf. consid. 7c/aa et bb supra).

- 37 - A supposer en revanche que l'assuré ne soit pas compliant, respectivement qu'il ne prenne pas les médicaments prescrits ou qu'il les prenne uniquement de manière irrégulière, il ne saurait alors être question d'intégrer à l'analyse les effets secondaires potentiellement indésirables issus d'un cumul régulier de substances. Dans ce cas, on comprendrait également que l'expert G. _____ n'ait pas trouvé, lors de son examen clinique, de traces du ralentissement psychomoteur signalé par la Dre A. _____. Peu importe, sur ce point, que la Dre A. _____ ait fait mention d'une très bonne compliance (cf. rapport du 5 octobre 2021). Cette affirmation se trouve en effet infirmée par les prélèvements réalisés lors de l'expertise du Q. _____, qui n'ont pas permis de déceler la prise de Trittico, d'Escitalopram ou de Lorazepam (Temesta) selon les annexes jointes au rapport du 1er septembre 2022. En définitive, il s'avère que, dans un cas comme dans l'autre, la médication prescrite sur le plan psychique n'est pas susceptible d'influer significativement sur l'évaluation de la capacité de travail. bbb) L'assuré se prévaut par ailleurs des effets combinés du Temesta et de l'Oxynorm, qui induiraient un important état de sédation impactant sa capacité de travail (cf. mémoire de recours du 24 janvier 2023 p. 12). A cet égard, on relève en particulier que la Dre A. _____ a décrit un ralentissement psychomoteur léger au cours de la procédure administrative (cf. rapports des 18 décembre 2019, rapport octobre 2021 et 23 décembre 2021), que l'expert G. _____ n'a pour sa part pas retrouvé lors de son examen clinique (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 p. 11). L'expert a en revanche signalé une légère diminution des capacités de résistance et d'endurance du fait de la somnolence provoquée par l'ensemble de la médication (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 p. 13), mais a malgré tout conclu à une diminution légère des ressources psychologiques et mécanismes adaptatifs et à une pleine exigibilité sur le plan psychiatrique (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022 p. 11). Si en outre un ralentissement désormais modéré a été signalé par la Dre A. _____ le 6 avril 2023, cette évolution est toutefois postérieure à la date – déterminante (TF

- 38 - 9C_500/2011 loc. cit.) – de la décision attaquée. Il résulte des éléments qui précèdent que rien au dossier ne permet de conclure à un état de sédation incapacitant. En ce sens, les allégations du recourant ne sont pas fondées et, partant, ne mettent en lumière aucune lacune dans l'appréciation expertale. Au surplus, le recourant ne peut pas davantage être

suivi lorsqu'il soutient qu'il revenait à l'expert G._____ d'investiguer les effets secondaires liés à la prise d'Oxynorm (cf. mémoire de recours du 24 janvier 2023 p. 12). L'examen de ce spécialiste n'ayant permis d'identifier aucun élément évocateur d'une problématique psychiatrique potentiellement incapacitante liée à ce médicament spécifique, on comprend donc que l'expert G._____ n'ait pas procédé à une analyse générale des effets hypothétiques de la médication du recourant. dd) A la lumière de ce qui précède, on ne voit aucun motif pertinent justifiant d'écarter l'évaluation psychiatrique émise par l'expert G._____. d) C'est par ailleurs le lieu de relever qu'aucun des médecins interpellés n'a identifié d'atteinte psychosomatique. Notamment, s'il est vrai que la Dre A._____ a mis en avant le rôle des douleurs ressenties par son patient (cf. rapports des 18 décembre 2019, 5 octobre 2021 et 6 avril 2023), il demeure qu'elle n'a à aucun stade évoqué le moindre diagnostic de cet ordre. On ne voit donc pas que le cas devrait être analysé sous l'angle d'un trouble psychosomatique – que ce soit à l'aune des indicateurs développés à l'ATF 141 V 281 ou, encore moins, à la lumière de la jurisprudence antérieurement applicable (ATF 130 V 352 ; 131 V 49), désormais obsolète mais pourtant invoquée par le recourant (cf. mémoire de recours du 24 janvier 2023 pp. 17 s.). e) C'est également en vain que le recourant invoque les principes jurisprudentiels développés pour l'évaluation du caractère incapacitant des syndromes de dépendance, en lien avec la prise d'Oxynorm (cf. mémoire de recours du 24 janvier 2023 pp. 12 s. et 15 ss).

- 39 - Rien au dossier ne permet en effet de conclure à une dépendance avérée. A ce propos, il convient de relever que les experts du Q._____ n'ont relevé aucun élément plaidant en ce sens (cf. rapport d'expertise du 1er septembre 2022), que la Dre A._____ a nié toute dépendance aux opioïdes en termes de trouble addictif (cf. rapport du 6 avril 2023) et que le Dr V._____ a tout au plus évoqué une dépendance possible aux morphiniques, se plaçant ainsi dans le domaine de la simple hypothèse et non sous l'angle de la vraisemblance. Il est vrai que la Dre A._____ a mentionné une dépendance aux effets de l'Oxynorm dans la mesure où le patient était d'avis que seul ce médicament était susceptible de soulager ses douleurs (cf. rapport du 6 avril 2023). Cette observation reflète toutefois exclusivement le ressenti subjectif de l'assuré, en dehors de tout plan thérapeutique établi par un professionnel de la santé, et ne permet pas de conclure objectivement à une addiction aux morphiniques. En tout état de cause, même à admettre une potentielle addiction, il demeure que les principes jurisprudentiels développés pour évaluer la nature incapacitante des syndromes de dépendance sont les mêmes que ceux visant les troubles psychiques (cf. consid. 4d supra). Or l'analyse de l'expert G._____ a montré, sur le plan psychique, la présence de ressources pour l'essentiel préservées ne donnant lieu à aucune incapacité de travail. f) C'est tout aussi vainement que le recourant se prévaut de l'octroi par la CNA d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (cf. mémoire de recours du 24 janvier 2023 p. 19). En effet, cette prestation vise à réparer l'atteinte importante et durable portée à l'intégrité physique, psychique ou mentale des assurés à la suite d'un accident (voir notamment art. 24 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance- accidents ; RS 832.20]). Dite indemnité n'a en revanche pas pour vocation de compenser une quelconque perte de capacité de travail ou de gain et son octroi ne revêt dès lors aucun impact significatif dans le cadre du présent litige.

- 40 - g) Le recourant a versé en cause, lors de l'audience du 2 septembre 2025, un rapport d'expertise neurologique consécutif à un examen du 19 juin 2025. Force est de relever que ce rapport (ch. 9.3 à 9.5) relève l'absence d'argument pour une atteinte aux divers étages du

système nerveux et s'aligne sur les limitations fonctionnelles et l'évaluation de la capacité de travail retenues par les experts du Q._____, essentiellement en lien avec des atteintes d'ordre rhumatologique. En d'autres termes, ce rapport n'est d'aucun secours au recourant.

h) Sur le vu de l'ensemble des considérations qui précèdent, il convient d'accorder valeur probante au rapport d'expertise du Q._____ du 1er septembre 2022 et de reconnaître à l'assuré, sur cette base, une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. consid. 7a à f supra), cela à compter du 28 avril 2021 (cf. consid. 6 supra). Il suit de là que, sur le plan médical, 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 faire droit aux mesures d'instruction requises par le recourant visant, notamment, à l'obtention d'un délai en vue de produire de nouveaux rapports médicaux, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique complémentaire axée sur sa médication. Il apparaît en effet que de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves [ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1]). 8. Sur le plan économique, le recourant ne soulève aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité opéré par l'office intimé. Il convient toutefois de procéder, d'office, à sa vérification. a) Pour évaluer le degré d'invalidité, partant procéder à une comparaison des revenus, sont déterminantes les circonstances qui

- 41 - prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à la prestation d'assurance, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision litigieuse qui ont des conséquences sur le droit à cette prestation (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). Quant au revenu avec invalidité, il doit lui aussi être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 148 V 419 consid. 5.2 et les références). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Aux fins de déterminer le revenu d'invalidité, le salaire

- 42 - fixé sur cette base peut à certaines conditions faire l'objet d'un abattement de 25 % au plus (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). b) En l'occurrence, dans la mesure où il s'agit de déterminer la perte de gain encourue à la suite de la modification de l'état de santé prise en considération à compter du 28 avril 2021 et susceptible d'entraîner la réévaluation du droit à la rente trois mois plus tard (art. 88a al. 1 RAI), il s'ensuit que le moment déterminant pour comparer les revenus est l'année 2021. Or les calculs opérés par l'OAI reposent, à tort, sur l'année 2019 (cf. calcul du salaire exigible du 30 juin 2021). Partant, ils doivent être corrigés sur ce plan. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé s'est à juste titre fondé sur le salaire de 60'450 fr. communiqué par l'ancien employeur pour l'année 2019 (cf. questionnaire du 1er mai 2019). Après adaptation à l'évolution des salaires (+ 0,8 % 2020 et - 0,7 % en 2021 [tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024 »]), il en résulte un revenu sans invalidité de 60'507 fr. 06. Pour ce qui est du revenu avec invalidité, l'OAI s'est fondé sur les chiffres résultant de l'ESS, ce qui n'apparaît pas critiquable dès lors que le recourant n'a plus travaillé depuis le 18 septembre 2018, bien qu'étant resté sous contrat jusqu'à son licenciement pour le 30 novembre 2019. Cela posé, il y a lieu de tenir compte du salaire de référence pour des hommes exerçant des activités manuelles simples dans le secteur privé, soit 5'261 fr. par mois en 2020 – part au treizième salaire comprise – correspondant à 63'132 fr. par an. Ce montant doit encore être adapté à la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2021, soit 41,7 heures (tableau T 03.02.03.01.04.01 « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division »), portant le montant déterminant à 65'815 fr. 11. Après indexation à l'évolution des salaires (- 0,7 % en 2021 [tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 2010-2024 »]), il en résulte un montant de 65'354 fr. 40. Eu

- 43 - égard à la diminution de rendement de 15 % que les experts du Q._____ n'ont certes par retenue (cf. consid. 7 supra) mais dont l'intimé a malgré tout tenu compte de manière favorable à l'assuré (cf. consid. 6b supra), le revenu avec invalidité s'élève en définitive à 55'551 fr. 24. Pour le surplus, il y a lieu de valider le raisonnement de l'OAI consistant à ne pas procéder à un abattement sur le revenu d'invalidité, les limitations fonctionnelles étant comprises dans la diminution de rendement et la situation examinée ne présentant pas d'autres facteurs à prendre en considération (cf. calcul du salaire exigible du 30 juin 2021). De la comparaison des revenus sans (60'507 fr. 06) et avec (55'551 fr. 24) invalidité, il résulte un préjudice économique de 4'955 fr. 76, correspondant à un taux d'invalidité de 8,19 % inférieur – nonobstant les correctifs apportés par la Cour de céans – au seuil de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité. C'est, dès lors, à juste titre que le droit à cette prestation a été supprimé pour la période au-delà du 31 juillet 2021 (art. 88a al. 1 RAI). En tant que le taux susdit s'écarte de celui de 11 % retenu par la CNA, il y a tout au plus lieu de relever, par surabondance, que l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549). 9. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 44 - c) Le recourant est par ailleurs au bénéfice de l'assistance judiciaire. Partant, les frais judiciaires mis à sa charge sont provisoirement supportés par l'Etat et Me Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. A cet égard, Me Duc a produit le 2 septembre 2025 une liste des opérations qui ne peut pas être entièrement suivie. Doivent en effet être retranchées les opérations effectuées par Me Caroline Stucki, en qualité d'avocate-stagiaire, avant le 22 mai 2023, date de son assermentation. Il convient de surcroît d'écarter les multiples démarches mentionnées dans la liste des opérations en lien avec une procédure en matière d'allocation pour impotence, sans lien avec le présent litige. De même, il ne sera pas tenu compte des diverses prises de contact visant à obtenir, à titre privé, des avis médicaux spécialisés, sans résultat. Ainsi, le temps consacré à la présente affaire doit être arrêté à quinze heures et être indemnisée, conformément aux dispositions réglementaires applicables, au tarif horaire de 110 fr. pour les opérations imputables à Me Stucki et de 180 fr. pour les opérations attribuées à Me Duc, sans égard aux tarifs de respectivement 120 fr. et 300 fr. mentionnés dans le relevé du 2 septembre 2025. Il convient dès lors d'arrêter l'indemnité d'office à 2'189 fr. – soit 452 fr. 35 en 2023 (à raison d'une heure d'activité pour Me Duc et deux heures d'activité pour Me Stucki) et 1'736 fr. 65 entre 2024 et 2025 (à raison de trois heures d'activité pour Me Duc et neuf heures pour Me Stucki), débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

- 45 -

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