

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 mars 2021

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par le Centre Social Protestant, en la personne de Mme Claudia Frick,

et

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

---

**Art. 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** B. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, ressortissant tunisien, est arrivé en Suisse en 1989 pour rejoindre la femme qui deviendra son épouse. Deux garçons sont nés de cette union. D'abord employé auprès d'agences de travail temporaire de juin à décembre 1989, il a trouvé, en octobre 1989, une place dans une entreprise de reliure, dont il a été licencié en avril 1991 pour des raisons de restructuration économique. Depuis lors, après une période de chômage, il a été principalement dépendant des services sociaux.

Le 1<sup>er</sup> mai 2013 (date du timbre postal), l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant valoir une incapacité de travail de 100 % depuis le 21 septembre 2012, en raison d'atteintes psychiques et physiques depuis 2009.

Dans un rapport du 17 mai 2013, la Dre G. \_\_\_\_\_, médecin traitante et spécialiste en médecine interne générale, a posé comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assuré, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2), une épilepsie, ainsi qu'une hépatite C en cours d'investigation. Etaient en revanche sans conséquence sur la capacité de travail le syndrome de dépendance aux opiacés sous substitution, le trouble mixte de la personnalité à traits évitants et dépendants (F61), l'insuffisance tricuspidienne sur endocardite et le status post pneumothorax spontané en 2002. Elle a évoqué une polytoxicomanie depuis l'âge de 30 ans, prise en charge en institution à plusieurs reprises avec cure de méthadone.

Le diagnostic d'hépatite C a été confirmé par la Dre M. \_\_\_\_\_, spécialiste en hépatologie, gastroentérologie et médecine interne générale, dans un rapport du 27 mai 2013. Cette dernière n'a constaté aucune anomalie clinique, faisant état d'une perturbation modérée des transaminases sans anomalie de la fonction hépatique et sans conséquence sur la capacité de travail. Compte tenu de son état

psychologique, un traitement contenant de l'interféron était toutefois contre-indiqué.

La Dre A.\_\_\_\_\_, psychiatre traitante, a posé, dans un rapport du 11 juin 2013 à l'attention de l'OAI, les diagnostics de troubles dépressifs récurrents épisode actuel sévère (F33.2), troubles mixtes de la personnalité à traits dépendants et évitants (F61), une épilepsie traitée par Rivotril, une hépatite C chronique, un syndrome de dépendance aux opiacés sous substitution sans effet sur la capacité de travail, une insuffisance tricuspidienne post-endocardite bactérienne et une ancienne hépatite B, également sans conséquence sur la capacité de travail. Elle évoquait des troubles de la concentration et de l'attention, beaucoup d'oublis, un ralentissement de la pensée parfois digressive, de la fatigabilité, un thymie anxio-dépressive, des difficultés à prendre des décisions sans être rassuré par autrui, une faible estime de soi et un patient débordé dans ses capacités d'adaptation. Elle demandait la mise en place d'une activité en milieu protégé pour une reprise de confiance et une meilleure estime de lui.

Par avis du 26 août 2013, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a invité l'OAI à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet psychiatrique, cardiologique, gastroentérologique et un volet de synthèse de médecine interne.

A la demande de la mandataire de l'assuré, Mme Frick, juriste au sein du Centre Social Protestant (CSP), qui s'inquiétait de ce que B.\_\_\_\_\_ n'avait toujours pas été convoqué à l'expertise, l'OAI a répondu par courrier du 7 avril 2014, confirmé par une communication du 9 septembre 2014, que le choix du centre se faisait de manière aléatoire par le biais de la Plateforme SuisseMED@P et qu'au vu du nombre important d'exams médicaux programmés, un délai relativement long était à prévoir.

Par courrier du 9 février 2016, le CSP s'est à nouveau enquis auprès de l'OAI de l'avancement de la mise en œuvre de l'expertise, considérant que le délai d'attente était excessif. L'OAI a répondu le 7 mars 2016 en indiquant à la mandataire de l'assuré qu'en reprenant les différents rapports médicaux figurant au dossier, il ressortait que l'incapacité de travail de l'assuré était essentiellement due à des raisons psychiques, les plans cardiologique et gastroentérologique ne justifiant pas d'investigations complémentaires. Il a précisé que le dossier de B.\_\_\_\_\_ était retiré de la Plateforme SuissMED@P.

Par communication du 24 mars 2016, l'OAI a informé le CSP de son intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au [...].

Dans un rapport du 20 mai 2016, le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu au titre de diagnostics ayant des conséquences sur la capacité de travail, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et trouble liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, syndrome de dépendance, utilisation continue (cannabis, benzodiazépines) et ponctuelle (cocaïne, héroïne, alcool ; F19.25), ainsi qu'un épisode dépressif récurrent sévère, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission partielle, avec des limitations fonctionnelles significatives dans le passé (troubles de la concentration, ralentissement psychomoteur sévère, isolement social, aboulie), mais actuellement avec des limitations fonctionnelles moindres (isolement social partiel, sans troubles de la concentration significatifs objectivables, ralentissement psychomoteur modéré). La symptomatologie dépressive est moyenne actuellement avec syndrome somatique (F33.2/F33.11). Les autres diagnostics retenus par l'expert, à savoir un trouble mixte de la personnalité, avec des éléments dépendants et émotionnellement labile, actuellement non décompensé (F61.0), des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (F54) et des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56) étaient sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré. L'expert a relevé des discordances entre le tableau clinique, les plaintes de l'assuré

et son dossier asséculoologique, une mauvaise compliance au traitement antidépresseur et pas d'abstinence aux drogues. Malgré cette mauvaise compliance au traitement antidépresseur, l'expert constatait une amélioration de la symptomatologie dépressive. Il admettait une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 50 % dès le 11 septembre 2015, puis sans diminution de rendement dans un délai de 6 à 12 mois, avec la mise en place d'un sevrage, d'un traitement antidépresseur monitoré et d'un suivi psychothérapeutique hebdomadaire. Il considérait que son ancienne activité était adaptée d'un point de vue psychiatrique.

Dans un avis SMR du 7 juin 2016, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a retenu une pleine et entière capacité de travail si l'assuré décidait de se soumettre à un sevrage et considéré que ces addictions étant primaires, ni elles ni leurs conséquences n'étaient du ressort de l'assurance-invalidité.

Dans une prise de position du 30 août 2016, B. \_\_\_\_\_ a contesté le projet de décision du 23 juin 2016. Il a essentiellement relevé les imprécisions de l'expertise qui mettait selon lui en doute sa valeur probante, s'appuyant pour ce faire sur un rapport du 21 juillet 2016 de la Dre A. \_\_\_\_\_, qui critiquait le rapport d'expertise et l'impression fausement scientifique qu'il donnait sans pour autant être en relation avec la clinique de l'assuré.

Par décision du 27 octobre 2016, l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à B. \_\_\_\_\_. En effet, suite à l'expertise psychiatrique mise en œuvre, le Dr L. \_\_\_\_\_ avait conclu à une toxicomanie primaire, de sorte que l'incapacité de travail en découlant n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité.

**B.** Par acte du 1<sup>er</sup> décembre 2016, représenté par Mme Frick, juriste au CSP, B. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il conclut principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvel examen de la capacité de travail puis à l'octroi

d'une rente ou de mesures d'ordre professionnel, sous forme de bilan de compétence et réinsertion au travail. Il critique le rapport d'expertise rédigé par le Dr L.\_\_\_\_\_, considérant qu'il contient des erreurs, conteste principalement la qualification que l'expert fait de sa toxicomanie (primaire), de même que l'évaluation de la capacité de travail. Il fonde essentiellement ses griefs sur le rapport de sa psychiatre traitante du 21 juillet 2016, faisant grief à l'expert de ne pas l'avoir contactée. Il reproche à l'OAI d'être contradictoire en lui refusant une rente d'invalidité, mais en lui refusant également des mesures d'ordre professionnel, alors qu'il prétend qu'il dispose d'une capacité de travail.

L'OAI a répondu le 3 avril 2017. Il conclut au rejet du recours. Il allègue que l'expert a eu accès à tout le dossier médical et que bien que le Dr L.\_\_\_\_\_ n'ait pas pris contact avec la psychiatre traitante, ce que rien ne l'obligeait à faire, il était resté à sa disposition et avait eu un contact téléphonique avec la Dre G.\_\_\_\_\_. Il considère que le rapport d'expertise est en conséquence probant. Quant aux mesures d'ordre professionnel, faute de préjudice économique, il n'y avait aucun motif de les mettre en œuvre.

Le 9 mai 2017, le recourant a confirmé ses conclusions. Il allègue que l'OAI n'interprète pas correctement le rapport d'expertise en considérant que sa capacité de travail est entière. Il relève que l'expert admet une diminution du rendement de 50 % à tout le moins jusqu'au succès d'un sevrage aux drogues, accompagné d'une thérapie hebdomadaire. Il allègue que ses médecins traitants constatent une aggravation préoccupante des troubles cognitifs et des symptômes psychotiques. Il soutient que son trouble de la personnalité serait préexistant à sa toxicomanie et conteste l'absence de préjudice économique, son rendement étant diminué de moitié. Le recourant requiert encore sa propre audition, de même que celle de sa psychiatre traitante.

Par déterminations du 8 juin 2017, l'OAI a indiqué que dans la mesure où la baisse de rendement de 50 % découlait de la toxicomanie du

recourant, il ne lui appartenait pas de la prendre en considération. D'autre part, selon la jurisprudence, la dépendance primaire ne donnait pas droit à des mesures d'ordre professionnel. Il s'oppose enfin à la demande d'audition de la psychiatre.

Après y avoir été invité par la juge instructrice, le recourant a produit le 26 juin 2017 un rapport médical de la Dre A.\_\_\_\_\_ du 20 juin 2017, dans lequel elle explique les raisons qui lui permettent de considérer que la toxicomanie de son patient est secondaire à ses troubles psychiques. Il réitère également sa demande d'être entendu personnellement.

Le 10 août 2017, l'OAI s'est déterminé sur le rapport de la Dre A.\_\_\_\_\_. Il explique qu'il s'agit d'une appréciation différente d'une même situation de fait. Il conteste que l'évaluation de la capacité de travail retenue puisse être remise en cause.

Par courrier du 14 novembre 2017, la juge instructrice a requis de l'OAI la production du rapport du 1<sup>er</sup> février 2016 du Dr D.\_\_\_\_\_, neurologue, et du rapport d'IRM du 27 novembre 2015, évoqués dans l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_. Ces rapports ont été transmis le 7 février 2018 par l'OAI et communiqués au recourant.

Une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 15 avril 2019. Il conclut à une incidence primaire de la toxicomanie et pose les diagnostics de :

- trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4),
- troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, probable utilisation épisodique (F12.26),
- troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, sous régime actuel de substitution (F11.22).

Il conteste l'existence d'un trouble de la personnalité et constate l'absence de toute symptomatologie psychotique en examen. Il considère donc que les visions du recourant doivent être considérées comme des phénomènes

isolés, à interpréter avec prudence, possiblement en lien avec la consommation de substances et/ou le sevrage intermittent de ces substances. Il admet une capacité de travail totale au moins depuis mai 2017, sur la base des rapports précédents, tout en relevant que la Dre G.\_\_\_\_\_ admet l'absence de troubles dépressifs depuis 2016. Selon l'expert, le recourant dispose en outre des ressources sociales et personnelles adéquates.

Les parties se sont exprimées sur le rapport d'expertise. Par déterminations du 27 mai 2019, fondées un avis du SMR du 13 mai, l'OAI a considéré que la dépendance était primaire, de sorte qu'elle ne pouvait être considérée comme un facteur incapacitant au sens de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). Elle était largement responsable des périodes d'incapacité, ce qui confortait sa précédente évaluation. Selon le SMR, la situation semblait avoir évolué et méritait par conséquent d'être clarifiée.

Dans des déterminations du 29 mai 2019, le recourant fait état de l'avis de la Dre A.\_\_\_\_\_, qui constate une aggravation des troubles cognitifs. Suspectant un début de démence, elle l'a adressé au Centre K.\_\_\_\_\_. Il requiert la suspension de la procédure jusqu'à ce que ce centre ait rendu son rapport, suspension à laquelle l'OAI s'oppose dans des déterminations complémentaires du 28 juin 2019. Le 27 juin 2019, le recourant a admis que la situation devait être clarifiée sur le plan somatique et demandé que l'OAI soit amené à faire les clarifications nécessaires en la matière.

Le recourant a produit le 11 décembre 2019 un rapport d'évaluation neuropsychologique, daté du 24 octobre 2019, établi par P.\_\_\_\_\_, neuropsychologue au sein du Centre de psychiatrie K.\_\_\_\_\_. Concluant à des troubles neuropsychologiques sévères, mnésiques, attentionnels, exécutifs, instrumentaux et langagiers, le neuropsychologue admet des limitations fonctionnelles sévères impactant la vie quotidienne du patient et qui ne semblent pas être simulées au vu du test effectué. Il relève une inaptitude complète au travail, si ce n'est dans une activité en

atelier protégé et reconnaît que l'étiologie des troubles est difficile à établir. Il suggère une exploration des questions en lien avec l'épilepsie par le biais d'une imagerie cérébrale.

Le 16 février 2020, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a complété son rapport d'expertise. Il a exposé les raisons pour lesquelles il avait retenu une totale capacité de travail depuis le mois de mai 2017, en tenant compte des éléments médicaux relatés notamment par les médecins traitants ainsi que l'expert consulté dans le cadre de la procédure administrative. Il a indiqué qu'entre 2012 et 2013, la capacité de travail du recourant était nulle, qu'en 2014, elle s'était améliorée et avait été retrouvée à raison de 50 % jusqu'à la date de l'expertise du Dr L.\_\_\_\_\_, de manière continue. Il a expliqué avoir fait une application tolérante de cette évaluation, considérant qu'un résultat palpable pouvait intervenir six mois après un sevrage et un traitement antidépresseur bien appliqué. Il a confirmé que ces périodes d'incapacité de travail étaient essentiellement dues à l'évolution de l'état dépressif et non à la consommation de substances psychoactives, dont l'influence, durant cette période, restait relative. Il a également fait une analyse de la situation compte tenu de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral. A l'issue de ce rapport, l'expert a confirmé ses précédentes conclusions compte tenu de cette nouvelle jurisprudence. Il s'est encore exprimé brièvement sur le rapport médical du Centre K.\_\_\_\_\_ du 24 octobre 2019 de M. P.\_\_\_\_\_, y relevant des imprécisions et des incohérences.

L'OAI s'est exprimé le 9 mars 2020, en maintenant ses conclusions. Le recourant a produit, à l'appui de ses déterminations du 12 mars 2020, le rapport médical du 1<sup>er</sup> février 2016 du Dr D.\_\_\_\_\_. Outre le fait qu'il conteste l'appréciation de l'expert s'agissant de sa capacité de travail, il relève que ce dernier n'a pas retenu les troubles cognitifs pourtant attestés par la Dre A.\_\_\_\_\_, la Dre G.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_ et plus récemment le neuropsychologue P.\_\_\_\_\_ du Centre K.\_\_\_\_\_. Il requiert la mise en œuvre d'une expertise neurologique complémentaire telle que préconisée par M. P.\_\_\_\_\_.

Le 4 mai 2020, la juge instructrice a requis un complément d'expertise au neuropsychologue N.\_\_\_\_\_ par l'intermédiaire du Dr Q.\_\_\_\_\_. L'examen a eu lieu le 13 août 2020. Il fait l'objet d'un rapport du 24 août 2020.

Dans ce rapport, le neuropsychologue relève que l'expertisé est excessivement lent, de manière indifférenciée. Ses modes de réponse et ses modes d'action dans toutes les tâches sont confus, hésitants et inconsistants. Son attitude apparaît assez différente de celle décrite dans l'expertise d'avril 2019. Dans les conclusions, il relève :

- des comportements particuliers, marqués par une importante désorganisation, des attitudes très hésitantes donnant le sentiment d'avoir affaire à une personne confuse ;
- un ralentissement tout à fait sévère dans toutes les tâches de l'examen, lié en partie aux troubles du comportement, ralentissement affectant aussi les tâches d'attention ;
- des difficultés en écriture, mais peu déterminantes, l'expertisé n'ayant pas été scolarisé en français ;
- des troubles exécutifs affectant sévèrement l'inhibition et la flexibilité, plus modérément l'activation et épargnant la programmation - mais peu d'épreuves de ce domaine ont pu être proposées ;
- un déficit léger en mémoire immédiate et de travail ;
- un déficit moyen en mémoire épisodique verbale et plus sévère en mémoire épisodique visuelle.

S'agissant de la validité de l'examen, l'expert relève des signes de surcharge, voire d'exagération des symptômes, dans les tâches tout venant de l'examen. Tout en relevant la sévérité du déficit de la reconnaissance en apprentissage, il s'étonne de la courbe, relevant que le recourant citait plus de mots au troisième rappel de la liste que pour les deux suivants. Il considère que l'examen effectué est superposable à ceux pratiqués en 2016 et 2019, indiquant que les troubles restent sévères en apparence, la différence se situant au niveau des tests de validations, dont aucun n'avait été effectué en 2016 et un seul en 2019. Il relève une discordance entre des troubles qui devraient limiter très considérablement

l'autonomie de l'assuré et le fait qu'il est parvenu à venir seul de [...] à [...], de même que la façon dont il s'est présenté à l'examen du Dr Q.\_\_\_\_\_. Il en conclut qu'il n'est pas possible de poser un diagnostic neuropsychologique fiable et de définir des limitations fonctionnelles claires de la capacité de travail dans une activité professionnelle du niveau des activités antérieures.

Le 25 septembre 2020, l'expert Q.\_\_\_\_\_ a fait la synthèse de cet examen neuropsychologique, constatant d'importants signes de surcharge, de discordance, voire d'exagération. Il considère que l'hypothèse d'une majoration des symptômes est confirmée par le fait que deux semaines après l'examen, l'expertisé avait pu se présenter et s'exprimer correctement de manière cohérente avec une présence d'esprit et des objectifs suivis qui parlaient à l'encontre d'une atteinte sévère. Selon l'expert, ce décalage se retrouvait déjà lors de l'examen du Dr D.\_\_\_\_\_. Il conclut à un diagnostic complémentaire de majoration des symptômes neuropsychologiques, se centrant sur des symptômes physiques, associé à celui de névrose de compensation. Un tel diagnostic n'avait en l'occurrence aucun impact sur la capacité de travail. Il confirme pour le surplus les conclusions contenues dans son expertise d'avril 2019 et son complément de février 2020.

L'OAI s'est déterminé le 2 novembre 2020, confirmant, sur la base de l'avis du 14 octobre 2020 de la Dre W.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, les conclusions prises dans ses précédentes écritures. Il a considéré que l'examen neuropsychologique de M. N.\_\_\_\_\_ ne modifiait pas les conclusions auxquelles était parvenu l'expert dans ses précédents rapports.

Le 7 décembre 2020, le recourant a pris position, contestant les conclusions prises par l'expert, requérant une nouvelle IRM cérébrale et demandant de compléter les investigations sur le plan somatique. Il a demandé à être personnellement entendu par la Cour. Il a produit à l'appui de cette écriture un nouveau rapport du 27 novembre 2020 de la Dre A.\_\_\_\_\_, contestant les conclusions du rapport de l'expert suite à

l'évaluation neuropsychologique faite par M. N.\_\_\_\_\_, ainsi qu'un rapport de M. P.\_\_\_\_\_ du Centre K.\_\_\_\_\_ du 26 novembre 2020.

Le 6 janvier 2021, le recourant s'est encore exprimé, demandant à ce qu'une incapacité de travail au moins partielle soit retenue. Il réitère les conclusions contenues dans ses précédentes écritures et les réquisitions faites s'agissant de l'instruction sous forme d'audition, d'IRM et d'examen somatique supplémentaires à ordonner.

L'OAI a maintenu ses conclusions le 8 janvier 2021 et produit un nouvel avis du SMR du 4 janvier 2021, dans lequel, la Dre W.\_\_\_\_\_ indique qu'aucun élément ne lui permet en l'état actuel des choses d'adhérer à la demande du recourant d'effectuer une nouvelle IRM, aucun élément au dossier ne lui permettant d'admettre une atteinte incapacitante organique. Il admet que si des éléments nouveaux devaient être mis en évidence, la situation devrait faire l'objet d'une nouvelle évaluation par l'OAI.

### **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). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, en particulier sur son droit à une rente d'invalidité, tel que défini par la décision attaquée. Les conclusions du recourant demandant « des mesures d'ordre professionnel, afin qu'un bilan de compétence soit effectué et que la réintégration de B. \_\_\_\_\_ dans le monde du travail soit accompagnée des mesures d'ordre professionnel adéquates et adaptées à sa situation » sont également recevables dans la mesure où, par la décision attaquée, l'OAI a implicitement considéré que des mesures d'ordre professionnel ne se justifiaient pas.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**b)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

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

**d)** L'art 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoit en outre que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré

s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

**4. a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418), ainsi qu'aux cas de toxicomanie et de dépendance (ATF 145 V 215). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des dépendances 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).

**c)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'un trouble psychique ou d'une dépendance suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**d)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une

comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

**e)** Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

**5. a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert 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).

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la

pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, 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 asséculoologique. 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, sous l'angle psychiatrique, quoiqu'en dise le recourant, les avis de la Dre A. \_\_\_\_\_ et du neuropsychologue des K. \_\_\_\_\_, M. P. \_\_\_\_\_, ne permettent pas de remettre en question les conclusions de l'expertise judiciaire que les compléments mis en œuvre ont au demeurant confirmée. Le rapport est en effet particulièrement complet. Il se fonde sur le dossier transmis par l'OAI dont l'expert a fait la synthèse, il tient compte des indications fournies spontanément par le recourant s'agissant de son état de santé tant psychique que somatique,

de sa consommation de substances toxiques et de l'épilepsie dont il souffre depuis l'enfance. Il contient l'anamnèse familiale, personnelle, professionnelle et sociale, affective, médicale et systématique du recourant, fait état des constatations cliniques objectives de l'expert lors de l'entretien, qu'il a pris soin de vérifier par différents tests psychologiques complémentaires. L'expert s'est en outre entretenu avec les médecins traitants, soit les Dres G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ qui ont toutes deux confirmé que l'état dépressif de leur patient, pour autant qu'il existe encore, était en tous cas moins présent. Il a au demeurant expliqué et motivé de manière précise les raisons qui le conduisaient à exclure la présence d'un trouble clinique de la personnalité retenu initialement par l'expert L.\_\_\_\_\_, considérant qu'il n'existait aucun critère en faveur d'une déviation extrême dans le passé s'agissant des cognitions, de l'affectivité, du contrôle des impulsions et de l'interaction avec les autres. Il relève au contraire que l'ensemble de la biographie du recourant du point de vue professionnel, personnel et sentimental ne montre aucune particularité majeure et permet plutôt de penser que malgré quelques difficultés, l'expertisé a toujours su mobiliser ses capacités d'adaptation. S'agissant de la problématique en lien avec la consommation de substances psychotropes, l'expert fait état de la difficulté de l'expertisé d'admettre la réalité de cette dépendance. Sa psychiatre traitante le considère à cet égard comme totalement abstinent de toute substance alors que les tests effectués par la Dre G.\_\_\_\_\_, en 2018 pour le cannabis notamment, attestent du contraire. Il explique les raisons qui lui permettent de penser que les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis et à l'utilisation d'opiacés sous substitution ne comprennent pas, en l'occurrence, de critères de gravité suffisants pour les reconnaître au titre de pathologie psychiatrique. Il relève en outre que l'état dépressif, dont trois épisodes ont pu être identifiés, s'est amélioré jusqu'à s'amender complètement, comme il a pu le constater cliniquement et le confirmer par le biais de différents tests, dont l'échelle de MADRS qui n'a pas révélé de critères en faveur d'une dépression légère. Les médecins traitantes elles-mêmes avaient au demeurant, sur interpellation de l'expert, admis à tout le moins une nette amélioration. Selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, il n'a ainsi jamais existé de maladie

dépressive indépendante et résistante aux traitements qui aurait théoriquement pu conduire à la prise de substances psychoactives. Enfin, lors de son examen clinique, ce dernier n'a noté aucun indice en faveur d'une symptomatologie psychotique. Il n'existait en particulier aucune bizarrerie ou inadéquation dans le contact, de sorte qu'il admettait qu'il s'agissait de phénomènes isolés à interpréter avec prudence. Au contraire, le fait que le recourant soit venu seul à l'expertise au moyen des transports publics, sa façon d'être sélectif dans les informations qu'il entendait partager, le fait que l'expert n'ait constaté durant les entretiens aucun trouble cognitif particulier, constat couplé avec les indications fournies par l'anamnèse systématique, montre bien davantage un fonctionnement proche de la réalité, avec une vie de couple fonctionnelle de longue date, des contacts réguliers avec ses fils et ses petits-enfants et une gestion des ressources qu'il effectue de manière autonome pour son propre compte et celui de sa partenaire.

**b)** Le complément d'expertise du 16 février 2020, demandé suite à l'arrêt de juillet 2019 (ATF 145 V 215) rendu par le Tribunal fédéral qui a étendu la jurisprudence topique de l'ATF 141 V 281 aux problématiques relevant de la toxicomanie, ne fait que confirmer les conclusions du rapport principal. A cet égard, on relèvera que l'expert n'a fait état d'aucune difficulté en lien avec les pathologies diagnostiquées qui présenteraient un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante. Si le recourant vit de moyens financiers limités compte tenu de sa dépendance aux services sociaux, il se trouve dans un contexte social stable, entouré de sa compagne, de son fils et de ses petits-enfants et même si sa situation peut sembler atypique, l'expert indique clairement qu'elle ne correspond nullement à un isolement, encore moins conditionné par une maladie psychiatrique. Tout au long de son parcours de vie, le recourant a fait preuve de capacités d'adaptation et dispose de ressources largement mobilisables qui lui permettent, comme le relève l'expert, une stabilité de fonctionnement et la possibilité de demander de l'aide, que ce soit sur le plan médical, psychiatrique ou social. Il ne paraissait par conséquent pas démuné. Quant aux traitements, l'expert relevait une participation partielle

aux thérapies de manière assez constante, tant s'agissant de la compliance médicamenteuse que de sa participation aux rendez-vous fixés par sa psychiatre traitante. Un sevrage complet à toutes les substances de cannabis, cocaïne et alcool était parfaitement exigible. S'agissant de la cohérence, l'expert relevait un certain nombre de divergences entre ses observations cliniques et les symptômes décrits. Il confirmait par conséquent les conclusions de son précédent rapport, dont aucun élément objectif au dossier ne permet en l'occurrence de douter.

**c)** Certes, le recourant allègue que le Dr D.\_\_\_\_\_, le neuropsychologue P.\_\_\_\_\_ et même l'expert judiciaire N.\_\_\_\_\_ ont constaté d'importantes limitations neuropsychologiques, sous forme de déficits modérés à sévères touchant plusieurs sphères cognitives, notamment la mémoire, les fonctions exécutives et les tâches nécessitant une attention soutenue. Cependant, à l'instar du neurologue, qui ne parvenait pas à expliquer les manifestes discordances entre les résultats cliniques observés et l'imagerie cérébrale plutôt rassurante du mois de novembre 2015, M. N.\_\_\_\_\_ et le Dr Q.\_\_\_\_\_ ont également relevé de nombreuses incohérences difficilement explicables, compte tenu des observations objectives faites par l'expert psychiatre et le tableau présenté par le recourant qui était à ce point pathologique qu'il dépassait un niveau de démence sévère, justifiant à ce stade un placement en institution. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ admettait ainsi une majoration des symptômes au titre de diagnostic, confirmant ainsi la discrédence relevée en 2016 déjà par le neurologue. Ce nouveau diagnostic n'avait au demeurant aucune incidence sur la capacité de travail du recourant. L'évaluation neuropsychologique de M. P.\_\_\_\_\_ des K.\_\_\_\_\_ effectuée le 24 octobre 2019, postérieurement au rapport principal de l'expertise judiciaire, ne résiste ainsi pas à l'analyse complète et détaillée réalisée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, sur la base du rapport de M. N.\_\_\_\_\_ et ne saurait par conséquent jeter le moindre doute sur les conclusions de l'expertise, pas plus que son appréciation du 26 novembre 2020 et les remarques qui y sont contenues. L'argumentation développée dans les dernières déterminations du recourant, qui n'apporte aucun élément nouveau, pas plus que le rapport de la psychiatre traitante du 27 novembre 2020, qui ne

fait que proposer une évaluation différente de celle de l'expert d'un même état de fait, ne sont susceptibles de jeter le doute sur la valeur probante du rapport d'expertise et de ses compléments.

**d)** Compte tenu de ce qui précède, les conclusions du Dr Q.\_\_\_\_\_ doivent être retenues. Elles rejoignent au demeurant globalement celles du précédent expert, le Dr L.\_\_\_\_\_, s'agissant du degré de gravité des troubles en lien avec l'utilisation de substances psychoactives et de l'évaluation de la capacité de travail du recourant. On relèvera de surcroît que dans leurs rapports médicaux initiaux du 17 mai 2013 et du 11 mai 2013, les Dres G.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ avaient déjà admis que le syndrome de dépendance aux opiacés diagnostiqué était sans conséquence sur la capacité de travail du recourant et ont de surcroît confirmé à l'expert, s'agissant de la Dre G.\_\_\_\_\_, qu'elle ne percevait pas son patient comme étant dépressif, et pour la Dre A.\_\_\_\_\_, que cette part dépressive était en amélioration.

Il convient par conséquent de retenir sans réserve la capacité de travail admise par l'expert Q.\_\_\_\_\_, à savoir :

- Une incapacité de travail complète de septembre 2012 à septembre 2013, période où les médecins du département de psychiatrie du C.\_\_\_\_\_ (ci-après : C.\_\_\_\_\_) ont fait état d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode sévère,
- Une incapacité de travail de 50 % d'octobre 2013 à avril 2017,
- Une capacité de travail complètement retrouvée début mai 2017.

On relèvera enfin que les incapacités de travail retenues ne sont déterminées selon l'expert que par l'évolution de l'état dépressif, l'influence de la consommation de substances psychoactives restant, dans ces périodes, relative.

**e)** S'agissant enfin de la problématique somatique qui, selon l'OAI (déterminations des 27 mai et 28 juin 2019), se doit d'être clarifiée, ce que la mandataire du recourant évoque expressément dans ses déterminations du 7 décembre 2020, on relèvera que c'est après analyse

de la situation que l'intimé a finalement renoncé à mettre sur pied une expertise pluridisciplinaire, considérant que les atteintes somatiques n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant et admis qu'une expertise psychiatrique était suffisante en 2016 pour statuer. Rien au dossier ne permet au demeurant de penser que le recourant se serait opposé à cette façon de faire. Au contraire, il a demandé à pouvoir bénéficier du remboursement de ses frais de transport sans soulever la moindre réserve sur l'expertise elle-même. Quoiqu'il en soit, du point de vue cardiologique, le rapport de la Dre G. \_\_\_\_\_ du 17 mai 2013 ne mentionne effectivement aucun élément somatique qui justifierait une diminution de sa capacité de travail, cette dernière précisant que l'incapacité de travail était alors plus psychique que somatique. L'insuffisance tricuspidiennne n'avait aucune incidence sur la capacité de travail et le dernier contrôle effectué au C. \_\_\_\_\_, dans le service de cardiologie en décembre 2012, ne démontrait aucune insuffisance cardiaque et faisait état d'un examen sans changements significatifs, superposable à celui effectué en 2011. Le bilan effectué en mai 2013 pour l'hépatite C, par la gastroentérologue, la Dre M. \_\_\_\_\_, ne laissait pas paraître d'anomalie clinique et une perturbation modérée des transaminases sans anomalie de la fonction hépatique. Enfin ni l'épilepsie ni le pneumothorax n'avaient montré de signes de récurrence depuis 2002. Lors de l'expertise en 2019, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a certes relevé que le recourant s'estimait très limité par des problèmes physiques, l'endocardite étant selon ses dires toujours en activité. Il relevait des douleurs à l'épaule gauche sans autre précision, ainsi que des problèmes à une jambe et déclarait souffrir des séquelles de son hépatite, qui se manifestaient essentiellement sous forme de fatigue, fatigabilité et d'essoufflement. Outre le fait que ces atteintes et limitations ne sont pas étayées par des documents médicaux au dossier, force est d'admettre qu'à ce jour, le recourant ou sa mandataire n'ont pas non plus produit de nouveaux rapports qui viendraient confirmer ces allégations ou qui permettraient à la Cour de se convaincre d'une quelconque aggravation de l'état de santé somatique du recourant et de l'incidence de cet état de santé sur sa capacité de travail durant la période couverte par la décision attaquée.

Dès lors, à supposer que la situation somatique ait subi une aggravation à une date postérieure à la décision, voire depuis la date de l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_, ce qu'il appartiendra, cas échéant, au recourant de démontrer, l'OAI se devra d'instruire pour déterminer si les différentes problématiques somatiques se sont aggravées au point d'engendrer une incapacité de travail pouvant déboucher sur une invalidité. En l'état, aucun document au dossier ne permet d'admettre que tel serait le cas.

L'état de santé psychique du recourant étant ainsi seul susceptible d'influencer la capacité de travail du recourant au moment où l'intimé a statué, l'évaluation de la capacité de travail retenue par l'expert Q.\_\_\_\_\_ peut par conséquent être une fois encore confirmée.

**7. a)** Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

**b)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). A défaut de disposer de renseignements concrets fiables sur ce gain au moment de la décision administrative litigieuse, la jurisprudence considère que le revenu hypothétique peut être évalué sur la base des statistiques salariales, telles qu'elles résultent de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), publiée

par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

**c)** Concernant le revenu d'invalidé, 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 -, il peut également être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

**d)** Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (TFA I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.2).

**8. a)** Dans le cas particulier, s'agissant du revenu sans invalidité, on relèvera que la seule activité stable et durable exercée par le recourant depuis son arrivée en Suisse a été celle d'ouvrier dans une entreprise de reliure, d'octobre 1989 à avril 1991, date de son licenciement pour des raisons économiques. Le revenu annuel de 32'334 fr. obtenu auprès de cette entreprise en 1990, qui n'a jamais plus été réalisé par la suite, est représentatif du parcours professionnel chaotique du recourant mais, dans la mesure où il est non seulement très ancien mais également très isolé pour ne pas dire unique, ne saurait servir valablement de base de comparaison. Depuis cet événement, il n'a d'ailleurs plus repris d'activité et vit depuis lors du revenu minimum d'insertion. Enfin, compte tenu du parcours hétéroclite du recourant constitué de petites activités temporaires, simples et répétitives dans des domaines variés, on ne peut dégager une ligne directrice quelconque qui permettrait de prendre en considération un revenu sans invalidité dans une branche d'activité particulière. Dès lors, il se justifie de fonder le revenu sans invalidité déterminant sur les salaires statistiques.

**b)** Il en va de même du revenu d'invalidé, dans la mesure où le recourant n'a jamais depuis repris une activité lucrative quelconque. Dès lors que les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques, le taux d'invalidité se confond avec le taux d'incapacité de travail et il n'est pas nécessaire de chiffrer précisément ces revenus.

**c)** Ainsi, le recourant qui a déposé sa demande de rente le 1<sup>er</sup> mai 2013, a présenté une incapacité de travail totale de septembre 2012 à fin septembre 2013 et retrouvé une capacité de travail de 50 % dès le mois d'octobre 2013. Compte tenu des délais prévus par les art. 29 LAI et 88 RAI, il a droit à une rente entière d'invalidité entre novembre et fin décembre 2013, et à une demi-rente de janvier 2014 à fin juillet 2017, ayant retrouvé une complète capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> mai 2017.

**9. a)** Certes, la décision déférée à la Cour cantonale est datée du 27 octobre 2016, de sorte que l'examen de l'état de santé du recourant et ses incidences sur sa capacité de travail ne devraient pas aller au-delà de cette date.

Toutefois, selon une jurisprudence constante, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références).

**b)** Dans le cas particulier, l'expertise judiciaire a été réalisée en avril 2019 et ses compléments en février, août et septembre 2020. L'expert s'est exprimé sur la capacité de travail du recourant au moment de son expertise et, sur la base des documents au dossier, de manière rétroactive, entre septembre 2012 et mai 2017. Compte tenu de cette évaluation découlant d'un état de fait commun, de la durée de la

procédure et du fait que l'administration s'est déterminée après avoir eu connaissance de chacun des rapports de l'expert, il se justifie d'étendre l'objet de la contestation de quelques mois et de statuer sur la question de la capacité de travail du recourant et ses conséquences sur son droit à la rente, après que ce dernier a retrouvé sa capacité de travail complète. On relèvera encore que rien ne permet d'admettre que jusqu'en mai 2017, l'état de santé physique de B.\_\_\_\_\_ se soit à ce point péjoré qu'il puisse entraîner une plus importante incapacité de travail que celle retenue par l'expert psychiatre.

**10. a)** S'agissant des mesures professionnelles demandées par le recourant sous forme de bilan de compétence et de mesures de réinsertion dans le monde du travail, il appartiendra cas échéant à l'OAI d'examiner si ce dernier remplit les conditions relatives à l'octroi de certaines d'entre elles, telle que l'aide au placement par exemple, en particulier s'agissant de l'éventuel succès que pourraient avoir ces mesures.

**b)** Enfin, le dossier est à ce stade suffisamment complet du point de vue médical pour permettre à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par le recourant dans ses écritures du 7 décembre 2020 - à savoir, son audition personnelle ainsi que la réalisation d'une nouvelle IRM cérébrale - doivent dès lors être rejetées. Notamment le recourant a pu produire des pièces et s'exprimer tout au long de la procédure, de sorte que son audition ne permettrait pas à la Cour de se forger une opinion différente de celle qui repose sur l'expertise judiciaire particulièrement complète. 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 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2.1).

**11.**        **a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 31 décembre 2013 et à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 juillet 2017.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 3'000 fr. pour l'ensemble de la procédure cantonale (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Le montant des dépens sera mis à charge de l'intimé.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 27 octobre 2016 est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 31 décembre 2013 et à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 31 juillet 2017.
  
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. \_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Centre Social Protestant, Mme Claudia Frick (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :