

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juillet 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Röthenbacher et Brélaz Braillard, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Hichri, avocat auprès
d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. En date du 5 janvier 2012, l'Office régional de placement de [...] a présenté une demande de détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faveur de B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970. A cette occasion, l'OAI s'est vu transmettre une attestation émise le 19 décembre 2011 par le Dr A._____, spécialiste en médecine interne et rhumatismales et médecin traitant de l'assuré, signalant les limitations fonctionnelles suivantes : port de charge jusqu'à 15 kg, position en porte-à-faux proscrite, position assise limitée à 1h/1h30 en continu, alternance des positions possible et position debout possible.

Le 18 janvier 2012, après un entretien avec un collaborateur de l'OAI, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) en vue d'une réadaptation professionnelle, en lien avec une atteinte à la santé sous forme de « *hernie discale et genoux* » depuis 2009. Dans le formulaire idoine, il a précisé avoir obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC) de mécanicien sur automobiles en 1990 et avoir œuvré comme mécanicien auprès du Garage O._____ SA de 2003 à 2010, puis auprès du Garage U._____ [...] SA du 4 avril 2011 jusqu'au 30 novembre 2011 - ayant été licencié en raison de ses absences répétées pour raison de santé (cf. questionnaire pour l'employeur du 17 avril 2012) avant de s'annoncer à l'assurance-chômage. Parmi les documents produits à l'appui de la demande, figurait notamment un contrat d'apprentissage du 31 août 1987 pour une formation de mécanicien en automobiles, avec un terme prévu au 31 août 1991.

A teneur d'un rapport non daté indexé le 15 février 2012 par l'OAI, le Dr A._____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites L5 depuis vingt-cinq ans. Il a précisé que l'activité de mécanicien sur automobiles n'était plus exigible dans la mesure où elle nécessitait des positions en porte-à-faux, en flexion-rotation et en extension et que ces positions ne pouvaient plus être

assumées par l'assuré. En revanche, la capacité de travail était évaluée à 100 % dans une activité adaptée. Dans une annexe à son rapport, le Dr A._____ a notamment ajouté que le stress était difficilement assumé par l'assuré. Parmi les pièces jointes à ce compte-rendu figurait notamment un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 13 août 2009 de la Dresse G._____, radiologue, concluant à une petite hernie discale paramédiane gauche L5-S1 en contact avec la racine S1 gauche dans l'espace épidual, ainsi qu'une discopathie modérée au niveau L2-L3.

Le 2 juillet 2012, à l'issue d'un bilan de carrière mis en œuvre par l'OAI auprès de [...] AG, de nouvelles pistes professionnelles ont été évoquées dans les domaines de la garde d'animaux, la conciergerie/intendance, la logistique ou le commerce de détail.

Par communication du 23 octobre 2012, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un reclassement professionnel sous la forme d'une formation en conciergerie auprès du Centre Y._____ de [...], du 28 janvier au 28 avril 2013. D'un bilan réalisé le 1^{er} mai 2013, il est néanmoins résulté que l'assuré n'avait pas été testé dans les domaines prévus et qu'il avait présenté des limitations concernant notamment le travail manuel fin, le travail sollicitant la vision précise et la position assise ou debout prolongée. Afin de valider les pistes envisagées dans la conciergerie ou la logistique, l'OAI, par communication du 3 mai 2013, a prolongé la mesure de reclassement professionnel pour la période du 29 avril au 31 juillet 2013.

Par rapport du 8 juillet 2013, le Dr N._____, nouveau rhumatologue traitant, a diagnostiqué les atteintes avec répercussion sur la capacité de travail de probable spondylarthrite (HLA [« *human lococyte antigen* »] B27 positif) entraînant des tendinopathies multiples et des rachialgies sans lésions osseuses, ainsi que de lombalgies chroniques secondaires à une discopathie L5-S1. Il a mentionné une incapacité de travail totale dans l'activité de mécanicien sur automobiles et signalé des restrictions au niveau du port de charges, des mouvements de flexion répétés et de la position statique assise ou debout. Il a précisé qu'une

reprise de l'activité professionnelle était envisageable à temps partiel, à déterminer selon un prochain bilan en juillet 2013.

Après un entretien de synthèse le 9 juillet 2013 quant aux suites de la réadaptation, l'OAI a accepté de prendre en charge les coûts d'une formation d'agent d'exploitation (niveau CFC) auprès du Centre Y._____ de [...] - tout d'abord pour le premier trimestre (cf. communication du 17 juillet 2013), puis pour la première année de formation (cf. communication du 29 octobre 2013), la deuxième année de formation (cf. communication du 13 juin 2014) et la troisième année de formation (cf. communication du 6 juillet 2015), avec une échéance prévue au 31 juillet 2016.

L'assuré a signalé une péjoration de son état de santé à l'occasion d'un point de situation réalisé le 25 juin 2015. L'OAI a dès lors interpellé la Dresse E._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assuré. Dans son rapport non daté indexé par l'office le 18 septembre 2015, cette dernière a retenu le diagnostic incapacitant de spondylarthrite ankylosante depuis juillet 2013/hernie discale depuis 2009 avec des limitations en lien avec les lombalgies, le port de charges et le maintien de position, le travail de concierge étant exigible à 60 % avec une diminution de rendement due aux douleurs. L'OAI a par ailleurs sollicité le Dr N._____, lequel s'est déterminé dans un rapport du 4 novembre 2015 posant les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de probable spondylarthrite HLA-B27 positif en traitement d'anti-TNF (« *tumor necrosis factor* ») alpha depuis juillet 2013 associé au Méthotrexate, de lombalgies mécaniques secondaires à un déconditionnement physique et discopathies L5-S1, de troubles anxieux, de syndrome douloureux chronique et de troubles développementaux de l'apprentissage (dyslexie et dyscalculie, confusion droite gauche). Le Dr N._____ a précisé que l'on observait en 2015 une augmentation des troubles anxieux en rapport à un stress important déclenché par la fin de l'apprentissage et les examens, avec des troubles de la mémoire et des difficultés de concentration ; il a de surcroît signalé une montée douloureuse attribuable à un syndrome douloureux chronique et une

fixation sur une possible maladie de Lyme sans aucun symptôme neurologique. A titre de limitations, le Dr N._____ a mentionné de grosses difficultés de concentration et une décompensation d'un syndrome douloureux. A ce rapport était en particulier joints :

- un rapport d'IRM lombaire du 21 septembre 2015 du Dr C._____, radiologue, faisant état d'une fracture annulaire L5-S1 rehaussée après injection de produit de contraste, le rehaussement étant un peu plus marqué à gauche qu'à droite probablement en lien avec les antécédents herniaires ;

- un rapport rédigé le 9 octobre 2015 par le Dr M._____, neurologue, mentionnant notamment que l'examen neurocomportemental mettait en évidence un déficit attentionnel et de mémoire de travail (fluctuant) s'associant à des déficits de lecture et de calcul avec un profil semblant corréluer un trouble développemental de l'apprentissage, étant précisé que les troubles attentionnels et de mémoire de travail étaient probablement déterminés au moins en partie par le syndrome d'anxiété et la douleur chronique ;

- un compte-rendu établi le 27 octobre 2015 par la radiologue D._____ suite à une angio-IRM cérébrale, examen dont les résultats étaient dans la limite de la norme compte tenu de l'âge.

A la suite d'un entretien le 16 décembre 2015 entre l'OAI, l'assuré et des intervenants du Centre Y._____, il a été convenu que l'intéressé - qui indiquait ne plus arriver à retenir les informations, être très fatigué en fin de matinée et se sentir « à bout » - poursuivrait une formation pratique auprès du centre susdit et, en fonction de l'évolution de son état de santé, recommencerait la troisième année du CFC à l'été 2016. Le contrat d'apprentissage entre l'assuré et le Centre Y._____ a conséquemment été rompu pour le 31 décembre 2015.

Par compte-rendu du 17 décembre 2015, la Dresse E._____ a signalé une péjoration depuis le mois d'août, avec exacerbation des

lombalgies et des sciatalgies, un suivi auprès de la Dresse L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ayant été mis sur pied.

Par communication du 23 décembre 2015, l'OAI a signifié à l'assuré la prise en charge d'une formation pratique en section conciergerie au Centre Y._____, du 1^{er} janvier au 31 juillet 2016, à un taux de 50 % susceptible d'augmentation.

D'une note d'entretien téléphonique du 19 janvier 2016 entre l'OAI et la psychologue déléguée de la Dresse L._____, il est ressorti que l'assuré n'avait été vu qu'à une seule reprise, le 5 janvier 2016, et que de plus amples renseignements ne pourraient pas être fournis avant le mois de juin.

Dans un rapport final du 6 juillet 2016, le Centre Y._____ a relevé que l'assuré, après avoir poursuivi sa formation à 50 % dès le 1^{er} janvier 2016, avait réussi les examens pour l'obtention du certificat de concierge professionnel, étant précisé que ce métier demeurerait adapté aux aptitudes et compétences pratiques de l'intéressé mais que, toutefois, les activités de nettoyage soutenu étaient à proscrire. Il était en outre difficile, au vu de la problématique de santé, d'envisager une employabilité sur le premier marché du travail ou alors à un taux très partiel dans un emploi ciblé sur les réparations et l'entretien, la piste du nettoyage étant pour l'instant à écarter.

Par rapport du 24 octobre 2016, la Dresse L._____ a posé le diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen depuis l'automne 2015. Elle a en outre signalé, à titre de diagnostic sans impact sur la capacité de travail, un trouble mixte de la personnalité (évitante et obsessionnelle) et des phobies sociales (sévères), depuis l'adolescence. La Dresse L._____ a ajouté que les tests projectifs (TAT) amenaient à conclure à une structure de la personnalité état-limite inférieure, à savoir très immature. Elle a relevé des restrictions sous forme de grandes difficultés à s'adapter aux nouveaux environnements de travail, perfectionnisme et phobie sociale

sévère - restrictions se manifestant par une intolérance au stress, une lenteur à l'exécution des tâches, une difficulté à accepter la critique, des difficultés d'apprentissage, ainsi que des difficultés relationnelles avec intolérance à la frustration et impulsivité. Pour la Dresse L._____, l'activité exercée n'était plus exigible d'un point de vue médical.

Sur l'avis de son service médical, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire auprès des Drs S._____, spécialiste en rhumatologie, et H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans ce contexte, divers documents ont été produits au cours du mois de mai 2017, dont :

- un rapport de test d'effort dressé le 7 août 2015 par le Dr R._____, cardiologue, constatant l'absence d'ischémie du myocarde et relevant que la capacité physique était correcte, avec un essoufflement proportionnel à l'intensité de l'effort ;

- un rapport du 13 novembre 2015 du Dr P._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, exposant que l'examen était sans particularité, hormis une discrète surdité sur les aigus à droite, et que les troubles d'intelligibilités annoncés par le patient pouvaient être expliqués davantage par des troubles de l'attention que par une surdité sévère ;

- un rapport d'électroneuromyographie établi le 29 août 2016 par le Dr K._____, spécialiste en neurologie, concluant à des signes de syndrome du canal carpien bilatéral un peu plus marqué à gauche avec atteinte de type axonale et myélinique sensitive motrice du nerf médian ;

- un résumé opératoire du 1^{er} décembre 2016 émanant du Dr W._____, spécialiste en ophtalmologie, concernant une cataracte de l'œil droit ;

- un rapport du 3 janvier 2017 du Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, relevant que le syndrome

du tunnel carpien confirmé par l'électromyogramme d'août 2016 avait vraisemblablement pour origine une synovite probablement rhumatismale en relation avec la spondylarthrite ankylosante. Une intervention chirurgicale sera réalisée en avril 2017.

L'assuré a été examiné par l'expert H. _____ le 12 juin 2017 puis par l'expert S. _____ le 21 juillet 2017, avant un entretien bidisciplinaire entre les experts le 17 août 2017. A la demande de l'expert psychiatre, une évaluation neuropsychologique a également été réalisée les 24 et 31 octobre 2017 par F. _____, spécialiste en neuropsychologie FSP.

Après avoir fait réaliser des examens radiologiques (genoux, colonne lombaire, colonne cervicale, mains), l'expert S. _____ s'est déterminé dans un rapport du 18 août 2017, relevant en particulier que, du point de vue anamnestique, l'assuré avait effectué sept années d'école primaire puis un apprentissage de mécaniciens sur automobiles avec CFC obtenu en 1990. L'expert a par ailleurs exposé ce qui suit :

"II. ATTEINTE A LA SANTE

[...]

Observation de la personne assurée durant l'examen:

Lorsqu'on vient la chercher en salle d'examen, la personne assurée se lève d'un seul tenant de sa chaise, le buste légèrement en antéversion, elle suit l'expert dans le cabinet sans boiterie.

Durant l'anamnèse, elle arrive à s'asseoir pendant tout l'entretien en se relevant à deux reprises mais sans opter [sic] de position antalgique.

Elle se dévêt et se rhabille de manière lente mais fluide, elle se couche et se relève de manière fluide.

Elle est capable de descendre deux étages d'escaliers en ne s'aidant pas de la rampe.

[...]

2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé

Du point de vue objectif, on note la présence d'un syndrome cervicobrachial et lombovertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, associé à un probable déconditionnement musculaire diffus connu et une ankylose rachidienne, cependant modéré et

connu de longue date. A noter qu'il n'y a pas de signe de non organicité, il n'y a pas de douleurs insertionnelles faisant évoquer la présence d'une diminution du seuil de déclenchement à la douleur. L'examen des articulations ne met pas en évidence de signe inflammatoire. Il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiographique effectué jusqu'à ce jour est rassurant. On note certes une discopathie L5-S1, cependant modeste et compatible avec l'évolution due à son âge, elle ne met pas en évidence de signe d'atteinte inflammatoire active, il n'y a pas de mise au carré. Il n'y a pas de troubles dégénératifs facettaires postérieurs. La RX des mains et des genoux est également dans les normes.

3.

a. Distinction entre, d'une part la diminution des capacités fonctionnelles due à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique...).

b. Description des limitations fonctionnelles de la personne assurée.

a) La diminution des capacités fonctionnelles due à la santé réside essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique au niveau du rachis surtout lombaire mais également cervical. Il n'y a actuellement pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire. Le socle somatique ne permet pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et surtout de l'impotence fonctionnelle qu'il décrit dans ses activités de la vie professionnelle. A noter que les activités de la vie quotidienne sont conservées. Les douleurs rachidiennes sont plutôt d'ordre fonctionnel.

b) Les limitations fonctionnelles sont les ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier et de manière répétitive de plus de 10 à 15kg.

4. Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, et de leur ampleur

Il n'y a pas de motif d'exclusion à proprement parler.

[...]

8. Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente la personne assurée et sur les ressources personnelles dont elle dispose

On note la présence de rachialgies mises en 2013 sur le compte d'une spondylarthropathie pour lesquelles il bénéficie d'un traitement par Simponi® et méthotrexate ayant entraîné une amélioration de la symptomatologie douloureuse. Il s'ensuit une ankylose, cependant modeste, à insérer dans un contexte de déconditionnement physique léger et connu de longue date.

III. DIAGNOSTICS

1. Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :

- **Syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire**
 - **minime discopathie L5-S[1]**
 - **possible spondyloarthropathie HLA-B27 positif stable sous traitement de Simponi® et méthotrexate depuis 2013**

2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- **Hypercholestérolémie stable sous traitement**
- **Status post opération de cataracte D en décembre 2016**
- **Status post cure de varices du MID et du MIG en 2000**

3. Interactions des diagnostics (analyse entre les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle de l'assuré) dans tous les domaines et appréciation de ses diagnostics lors de l'évaluation finale de experts)

Du point de vue rhumatologique, on note une légère amyotrophie, cependant probablement constitutionnelle, il n'y a pas de trouble sensitivomoteur, l'assuré se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide, il est capable de rester assis sans opter de position antalgique, et de descendre les deux étages d'escaliers sans allégation de douloureuse.

Il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire, tant au niveau axial que périphérique. Il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une récurrence de tunnel carpien, il n'y a pas d'amyotrophie des éminences thénar.

Dès lors, on note une certaine discordance entre les plaintes de l'assuré et l'impotence fonctionnelle qu'il décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle et les examens clinique et paraclinique effectués jusqu'à ce jour.

[...]

VI. CAPACITE DE TRAVAIL

1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

1.1 Comment agissent les troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Les différents diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquent que son exigibilité, du point de vue purement rhumatologique concernant son activité antérieure de mécanicien est estimée, de 80%. Dans une activité de concierge, à

90%. Cependant, cette formation n'a pas pu être terminée malgré les mesures de réadaptation, et, en raison, à ses dires, pour des problèmes de concentration. A noter que l'IRM cérébrale est dans les normes.

Du point de vue bi-disciplinaire : le Dr H._____, étant dans l'attente du rapport neuropsychologique agendé pour janvier 2018, la conclusion consensuelle vous sera transmise par le Dr H._____ en janvier 2018.

1.2. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui, du point de vue rhumatologique, à 80% dans son ancienne activité de mécanicien et à 90% dans une activité adaptée, comme concierge.

1.3. Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Non, il n'y a pas de diminution de rendement à faire valoir.

1.4. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

On assiste à une diminution de sa capacité de travail en novembre 2011. Cependant, en octobre 2013, soit trois mois après l'introduction d'un traitement de fond par anti-TNF- α et méthotrexate, une reprise de l'activité professionnelle aurait raisonnablement pu être exigée. Ce traitement a permis une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse.

1.5. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

L'assuré a stoppé les mesures de réinsertion après deux ans et demi de formation comme concierge et ce, pour des raisons, à ses dires, de concentration.

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de la personne assurée ?

2.1 Une capacité de travail est-elle possible ? Si oui, depuis quand ?

Une capacité de travail [...] du point de vue rhumatologique est possible et ce, dès ce jour.

2.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (heures par jour)

Du point de vue rhumatologique dans une activité adaptée, en diminuant les port[s] de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de manière répétitive de plus de 10 à 15kg, sa capacité de travail pourrait être estimée à 90%.

Du point de vue bi-disciplinaire : après discussion avec le Dr H._____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique; sa capacité de travail dans une activité adaptée est estimée à 90%.

Du point de vue bi-disciplinaire : le Dr H._____, étant dans l'attente du rapport neuropsychologique agendé pour janvier 2018, la conclusion consensuelle vous sera transmise par le Dr H._____ en janvier 2018.

2.3 Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Dans une activité professionnelle adaptée du point de vue rhumatologique, l'assuré ne devrait pas présenter de diminution de rendement.

2.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Une autre activité est possible, tel que décrit au point 2.1."

Dans son rapport d'évaluation du 31 octobre 2017, la neuropsychologue F._____ a en particulier précisé que l'assuré avait suivi une scolarité normale, avec redoublement en sixième année puis passage en septième année avant l'arrêt de la scolarité en huitième année sans obtention du certificat ; il avait ensuite débuté un apprentissage de mécanicien sur automobiles, avec redoublement en première année puis réorientation vers une formation de réparateur sur automobiles avec obtention d'un CFC après trois ans. Pour le reste, la neuropsychologue F._____ a retenu ce qui suit :

"Le tableau est celui d'une atteinte cognitive légère à moyenne[...] caractérisée par un ralentissement psychomoteur d'origine indéterminée, probablement multifactoriel (trouble psychique et thymique, syndrome douloureux chronique et spondylarthropathie) qui perturbe les capacités exécutives, attentionnelles et mnésiques. S'y associent des troubles du langage oral et écrit de nature probablement neuro-développementale et une faiblesse des acquisitions scolaires en mathématiques compatible avec le parcours scolaire.

Sur le plan comportemental, soulignons des particularités (look inhabituel, relation de co-dépendance avec l'épouse qui restera dans la salle d'attente durant toutes les séances) et des difficultés relationnelles (contact malaisé).

Sur le plan neuropsychologique, les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

- En raison du ralentissement il faut éviter les tâches sous contrainte temporelle, et celles exigeant une bonne réactivité où une erreur peut être préjudiciable, telles que la conduite de véhicules ou l'emploi de machines dangereuses.
- Dans la majorité des tâches, l'assuré privilégie la qualité sur la quantité et les difficultés se manifestent par une baisse significative de rendement plutôt que par des erreurs.
- Les troubles mnésiques perturbent les nouveaux apprentissages. Il faut prévoir du temps supplémentaire pour lui permettre d'apprendre de nouvelles tâches, prévoir de fréquentes répétitions (apprentissage distribué) et structurer l'information pour améliorer l'encodage.
- Il faut éviter les tâches nécessitant de bonnes compétences en langage écrit. En effet, en raison des séquelles de dyslexie l'assuré lit de manière très lente. Il a également des difficultés à comprendre ce qu'il lit, en particulier si le texte est long et complexe. Lorsqu'il écrit la production est lente et hésitante et comporte des erreurs. Dans un cours de type académique, la prise de notes peut s'avérer lente, peu efficace et coûteuse sur le plan attentionnel. Ainsi, toute tâche écrite génère rapidement une fatigabilité chez l'assuré. Par conséquent, il faut prévoir des pauses.
- Les faibles acquis en mathématiques ne permettent pas à l'assuré d'assumer une activité sollicitant un raisonnement mathématique fin. Pour la résolution de calculs, il faut autoriser l'emploi d'une machine à calculer.
- Les faiblesses de langage ne permettent pas à l'assuré d'assumer une activité exigeant une aisance d'expression (p.ex. contact avec la clientèle, répondre au téléphone).

Sur le plan neuropsychologique, les ressources sont les suivantes :

- + L'assuré a de très bonnes compétences pour à [sic] assumer des tâches sollicitant les aptitudes visuo-constructives et visuo-perceptives (lecture et dessin de plans/schémas).
- + L'assuré est capable de s'organiser, de mener une tâche à son terme et de résister aux interférences, pour autant qu'il ne soit pas soumis à une contrainte temporelle.
- + L'assuré possède des capacités de raisonnement normales, lui permettant de résoudre des problématiques nouvelles."

A teneur de son rapport du 13 décembre 2017, l'expert H. _____ a notamment exposé, sous l'angle anamnestique, que l'assuré avait fait « *après l'école* » un apprentissage de mécanicien sur automobiles avec obtention d'un CFC sur cinq ans, ayant des problèmes avec la théorie, en particulier les mathématiques. Pour le reste, l'expert déterminé comme suit :

"II. ATTEINTE À LA SANTÉ

1. Manifestation et gravité des constats objectifs

2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé

[...]

En ce qui concerne la lignée psychotique et au moment de l'entretien, l'assuré ne présente pas de troubles formels de la pensée sous la forme de clivages, barrages ou réponses à côté. Il n'y a pas de troubles de la perception sous la forme d'hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives.

Pas d'idées interprétatives, simples ou délirantes. Pas d'idées de concernement simples ou délirantes.

Au moment de l'entretien et concernant la lignée dépressive, l'assuré présente une tristesse fluctuante en fonction notamment des douleurs, il se fait également beaucoup de soucis par rapport à la santé de ses chiens, de sa femme, ainsi que sa situation financière. L'humeur n'est pas dépressive. Il n'y a pas de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Présence de sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement. Pas de sentiment d'inutilité ou de ruine. L'élan vital n'est pas perturbé. Pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. A ma connaissance, l'assuré n'a jamais fait de tentative de suicide. Il n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique. Le sommeil est perturbé à cause des douleurs.

Pas d'euphorie, pas de logorrhée, pas de fuites dans les idées. Pas de comportement provocateur, vindicatif, démonstratif ou manipulateur. Pas de contact familial avec l'expert.

Concernant le registre anxieux, l'assuré présente des tensions nerveuses et une anxiété, ainsi que des angoisses lorsqu'il est confronté à des gens qu'il ne connaît pas, mais sans que nous puissions parler vraiment d'une phobie sociale. Présence de claustrophobie suite à une panne d'ascenseur dans lequel il se trouvait seul, sans qu'il ait pu préciser la date.

Pas de signes de stress post-traumatique, pas de souvenirs envahissants (flashback), de rêves ni de cauchemars.

Concernant les conduites alimentaires, il n'y a ni boulimie ni anorexie.

[...]

3. Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels)

Le principal problème de cet assuré réside dans les douleurs, sans limitations fonctionnelles retenue par l'expert S._____, qui se sont greffées sur une personnalité anxieuse, souffrant de claustrophobie, mais ayant une intelligence normale. Signalons que l'assuré présente cette personnalité depuis son adolescence, laquelle ne l'a pas empêché de travailler dans son métier de mécanicien automobile.

Le fait que son épouse soit âgée et malade, souffrant de rhumatismes, n'est pas étranger aux difficultés que l'assuré a présentées pour terminer le reclassement professionnel, car il a une relation fusionnelle avec elle, et le fait de se séparer l'inquiète car il a peur de la perdre.

Au moment de l'entretien, c'est la personnalité anxieuse qui ressort, laquelle n'était pas décompensée, je n'ai pas pu déceler des signes ou des symptômes d'un trouble dépressif ; donc, dans ce sens-là, je m'écarte des conclusions de sa psychiatre qui en fait l'a vu rarement et plutôt en 2016.

Les limitations fonctionnelles sur le plan neuropsychologique ne devraient pas empêcher cet assuré de travailler en faisant une activité plutôt simple.

4. Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires et de leur ampleur

Il n'y a pas d'exagération des symptômes, mais une certaine démonstrativité concernant ses douleurs.

[...]

7. Analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assuré et de son évolution

Cet assuré est structuré à la manière d'une personnalité anxieuse et évitante, dont en voici les traits selon la CIM-10 :

- Un sentiment envahissant et persistant de tension et d'appréhension.
- Préoccupation excessive par la crainte d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales.
- Un refus de nouer des relations à moins d'être certain d'être accepté sans critique.
- Une restriction du style de vie résultant du besoin de sécurité.
- Un évitement des activités sociales ou professionnelles impliquant des contacts importants avec autrui de peur d'être critiqué, désavoué ou rejeté.

8. Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assuré et sur les ressources personnelles dont il dispose

L'atteinte à la santé est due à la personnalité anxieuse que l'assuré présente depuis l'adolescence et qui n'est pas décompensée au

moment de l'entretien. Il a des ressources personnelles dont il a fait preuve tout au long de son existence.

III. DIAGNOSTICS

1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail

2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail

- Troubles de la personnalité de type anxieux/évitant (F60.6).

3. Interactions des diagnostics :

Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts

Signalons que cet assuré présente une personnalité anxieuse/évitante depuis son adolescence, ce qui ne l'a pas empêché de travailler en tant que mécanicien, personnalité sur laquelle se sont greffées des douleurs qui sont le principal problème actuellement et pour lesquelles le Dr S. _____ n'a pas retenu de limitation fonctionnelle.

IV. TRAITEMENT ET RÉADAPTATION

1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?

L'assuré est suivi par une psychologue à raison d'une fois toutes les trois semaines. Il prend également le *Cymbalta* qui est très en dessous de la valeur thérapeutique, donc très vraisemblablement que l'assuré ne prend pas le médicament à la dose prescrite.

Concernant le **dosage plasmatique**, voici les résultats :

- Antidépresseurs :
 - Duloxetine (*Cymbalta*®) : < 30 nmol/l
(Taux recommandé : 100 — 400)

2. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré au cours des thérapies effectuées

La coopération de l'assuré est limitée étant donné qu'il ne prend pas le médicament.

3. Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de l'assuré

Selon l'assuré, il apprécie d'aller voir la psychologue, mais la fréquence d'une fois toutes les trois semaines est insuffisante pour permettre un travail notamment sur la dépendance qu'il a envers sa femme ainsi que pour travailler les angoisses de sa disparition.

4. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré si ses (propres) efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès

Les efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès puisque la mesure a été interrompue au bout de la 3^{ème} année.

5. Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendent-ils du tableau clinique de l'assuré ?

Oui, notamment les douleurs ainsi que les troubles cognitifs signalés par l'assuré.

6. Dans quelle mesure ?

Dans une mesure importante.

7. Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation

Cet assuré s'attend à obtenir une rente AI, il n'est pas motivé pour terminer sa réadaptation ; donc la possibilité de terminer la mesure entamée serait vouée à l'échec.

V. COHÉRENCE

1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assuré

Il n'y a pas de divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen, ainsi que mes propres constatations. Par contre, je m'éloigne du diagnostic de trouble dépressif posé par la psychiatre de l'assuré, car au moment de l'entretien et du point de vue anamnestique, il n'y pas de signes cliniques selon les critères de la CIM-10, il s'agit plutôt d'une personnalité anxieuse mais qui est présente depuis l'adolescence.

2. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales)

Nous constatons que dans le ménage, les loisirs et activités sociales, il n'y a pas d'atteinte à la santé du point de vue psychiatrique.

3. Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé

L'atteinte à la santé a débuté par des problèmes somatiques.

4. Evaluation complète et critique de la prise en charge ou de l'abandon des options thérapeutiques

L'assuré est suivi une fois toutes les trois semaines par une psychologue et il n'est pas compliant avec les médicaments.

5. Analyse permettant de savoir si l'assuré présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie

Non.

VI. CAPACITÉ DE TRAVAIL

1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

En l'absence d'une atteinte à la santé à caractère handicapant du point de vue psychiatrique, cet assuré a toujours été capable de travailler à 100% dans l'activité exercée jusqu'ici.

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

En tenant compte des limitations sur le plan neuropsychologique, cet assuré est toujours capable de travailler à 100%.

Compte tenu de ce qui précède, nous pouvons dire que du point de vue bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, et en l'absence d'une atteinte à la santé à caractère handicapant, cet assuré est capable de travailler dans l'activité exercée jusqu'ici comme mécanicien et dans toute activité correspondant aux limitations neuropsychologiques à 100%."

Par avis médical du 31 janvier 2018 fondé sur l'avis des experts S. _____ et H. _____, la Dresse J. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu que la pathologie rhumatologique était stable depuis octobre 2013 sous traitement spécifique permettant une capacité de travail de 80 % au moins dans l'activité de mécanicien automobile, exigible depuis cette date. La capacité de travail était en outre de 90 % au moins dans toute activité adaptée aux limitations somatiques, ce qui était le cas de l'activité de concierge. Quant aux limitations neuropsychologiques, elles existaient depuis l'adolescence et ne concernaient aucune des deux activités susmentionnées.

En date du 11 avril 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a retenu que selon les pièces médicales au dossier, l'assuré conservait une capacité résiduelle de travail de 90 % dans la nouvelle activité de concierge. Après comparaison des revenus sans et avec invalidité (de respectivement 62'899 fr. 20 et 52'196 fr. 72), il en résultait une perte de revenu de 10'702 fr. 48 correspondant à un taux d'invalidité de 17,02 % inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente. Quant à l'activité de mécanicien sur automobiles, elle était exigible depuis octobre 2013 à un taux de 80 %, ce qui représentait un degré d'invalidité de 20 %.

Par acte du 11 mai 2018, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Le 29 juin suivant, il a fait parvenir à l'OAI notamment les documents suivants :

- une attestation établie le 7 septembre 2017 par le Dr W._____, diagnostiquant un décollement postérieur du vitré avec des corps flottants et précisant ne pas avoir de traitement particulier à prescrire, le patient ayant été invité à refaire un contrôle en cas de péjoration des symptômes ;

- un rapport d'IRM lombaire du 1^{er} décembre 2017 du Dr Z._____, radiologue, concluant à une discopathie dégénérative L2-L3 avec perte de hauteur discale et hernies intra-spongieuses, ainsi qu'à un petit débord discal herniaire postéro-latéral gauche en L5-S1 exerçant une contrainte sur la racine S1 gauche ;

- un certificat médical rédigé le 25 avril 2018 par le Dr N._____, exposant que l'assuré souffrait d'une maladie rhumatologique chronique nécessitant un traitement de fond coûteux, que la capacité de travail restait très faible à environ 30 % et que tout travail physique suivi ou nécessitant un rendement était actuellement impossible, étant précisé que des troubles visuels secondaires à une opération de la cataracte de

l'œil droit en décembre 2016 entraînaient des difficultés d'adaptation au changement de lumière et des difficultés à la lecture.

Par avis médical du 9 juillet 2018, le Dr I._____, du SMR, a relevé qu'aucune pièce médicale spécialisée n'avait été fournie concernant les troubles oculaires, que l'expert rhumatologue avait du reste noté une problématique oculaire subjective sans être frappé cliniquement par une faiblesse de vue de l'assuré et que l'exploration neuropsychologique - imposant de multiples tests - n'avait pas révélé de problèmes de vision. Le Dr I._____ a ajouté que le Dr N._____ limitait la capacité de travail à 30 % en raison de l'atteinte à la santé et du coût de la médication, alors qu'il n'y avait que des notions anamnestiques et cliniques modestes en faveur de l'activité de la spondylarthrite ankylosante alléguée. Cela étant, le Dr I._____ a conclu que l'expertise rhumatologique permettait d'affirmer que la maladie rhumatologique inflammatoire était contrôlée aux plans anamnestique et clinique, que le contrôle de ladite maladie et la modicité des atteintes lombaires dégénératives - inchangées depuis 2013 - justifiaient l'exigibilité retenue par l'expert rhumatologue et que ni l'atteinte oculaire ni l'atteinte ni rhumatologique ne justifiaient la capacité de travail de 30 % retenue par le Dr N._____.

Par décision du 17 juillet 2018, l'OAI a confirmé son projet précité dont il a repris la motivation. Par lettre d'accompagnement du même jour, l'office a exposé que les éléments invoqués par l'assuré étaient insuffisants pour modifier les conclusions de l'expertise médicale réalisée en août 2017.

B. B._____, agissant désormais par l'entremise de son conseil, a recouru le 12 septembre 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, sollicitant préliminairement la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de déterminer sa capacité résiduelle de travail et concluant, principalement, à l'annulation [recte : réforme] de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} juillet 2016 et, subsidiairement, à l'annulation de

ladite décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a par ailleurs requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, le recourant a pour l'essentiel critiqué les expertises des Drs S._____ et H._____. Au plan somatique, le recourant a en substance fait valoir par le Dr S._____ avait qualifié la discopathie de minime sans explication, alors qu'une fracture expliquant les douleurs avait été mise en évidence par IRM en 2015 et que ces douleurs avaient entraîné une incapacité de travail et/ou des problèmes dans l'exécution des tâches lors de la mesure de reclassement au Centre Y._____. Il a également reproché à l'expert S._____ de retenir une incapacité de travail de 20 % dans l'ancienne activité, sans égard à l'avis des autres médecins comme des spécialistes intervenus dans le cadre de la mesure de reclassement. Il a aussi critiqué l'absence de prise en compte de ses problèmes ophtalmologiques, estimant qu'un avis spécialisé s'imposait. Au niveau psychiatrique, le recourant a en résumé argué que l'expert H._____ avait négligé les conclusions de la Dresse L._____ et de la neuropsychologue F._____, qu'il n'avait pas expliqué les raisons pour lesquelles le diagnostic d'état dépressif n'avait pas été retenu et que, s'il avait écarté toute limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique, il avait paradoxalement considéré que les problèmes rencontrés lors de la réadaptation dépendaient notamment des troubles cognitifs.

Par décision du 27 septembre 2018, la juge en charge de l'instruction a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 septembre 2018 et désigné Me Karim Hichri en tant qu'avocat d'office.

Par envoi du 11 octobre 2018, le recourant a produit les pièces suivantes :

- un rapport du 20 septembre 2018 du Dr M._____, relevant que le symptôme le plus important restait la douleur (présente surtout au niveau lombaire mais affectant également, bien qu'avec des fluctuations, presque toutes les articulations du corps) avec un bénéfice thérapeutique

ressenti comme modeste, que le patient signalait de surcroît des symptômes d'anxiété - liée aux douleurs mais aussi à de sérieux problèmes financiers - et de dépression sévères ainsi qu'un trouble d'accommodation suite à une opération de la cataracte, que le diagnostic de maladie de Lyme évoqué au cours des cinq dernières années présentait un tableau clinique aspécifique, que l'examen à ce jour ne montrait pas de variations significatives par rapport à celui de 2015, ce qui rendait extrêmement peu probable une origine neurologique ou cérébrale dégénérative aux troubles du patient, et que le trouble cognitif léger semblait être en relation surtout avec le syndrome d'anxiété-dépression et la douleur chronique, étant précisé qu'un questionnaire de dépistage des troubles de l'humeur montrait des scores élevés pour la dépression et pour l'anxiété ;

- un rapport de la Dresse E. _____ du 24 septembre 2018, considérant notamment qu'envisager une reprise d'activité en tant que mécanicien ou encore concierge - avec ou sans limite de charge - semblait futile puisque l'assuré consultait régulièrement pour des douleurs dans des activités moins lourdes de la vie quotidienne, une reconversion professionnelle semblant en outre inadaptée au vu des troubles d'apprentissages concomitants.

Le 26 novembre 2018, le recourant a versé en cause un rapport établi le 22 novembre précédent par la Dresse L. _____. Dans ce compte-rendu, dite praticienne a en particulier relevé que les atteintes somatiques, les troubles psychiatriques et les problèmes sociaux s'aggravaient réciproquement, que le questionnaire de phobie sociale de Leibowitz parlait en faveur d'une phobie sociale très sévère et que le trouble de la personnalité évitante - retenu seul ou associé à une phobie sociale - était sévère et avait forcément des répercussions sur le fonctionnement de la personne. Pour la Dresse L. _____, l'expert psychiatre n'avait en outre pas décrit les effets du trouble de la personnalité sur le comportement de l'assuré et les limitations fonctionnelles entraînées au quotidien, minimisant les difficultés de l'intéressé et surestimant ses ressources. La Dresse L. _____ a encore

noté que l'assuré avait été confronté à des situations anxiogènes lors de son apprentissage, conduisant à un épuisement progressif de ses ressources (avec exacerbation des douleurs, apparition de troubles cognitifs et d'une dépression), tandis que l'absence de décompensation anxieuse relevée par l'expert intervenait une année après l'arrêt de l'apprentissage. Elle a par ailleurs conclu à un syndrome douloureux somatoforme persistant, diagnostic qui n'avait toutefois pas été évoqué par l'expert rhumatologue, et a relevé que les difficultés rencontrées en phase de réadaptation n'avaient pas été prises en considération. Enfin, la Dresse L. _____ a préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 12 décembre 2018. Il a retenu que les expertises réalisées avaient pleine valeur probante et s'est, pour le surplus, référé à l'appréciation du Dr I. _____ résultant d'avis médicaux SMR produits en annexe, à savoir :

- un avis médical SMR du 1^{er} novembre 2018, retenant que les rapports des Drs M. _____ et E. _____ ne fournissaient aucun argument médical objectif n'ayant pas été dûment pris en considération préalablement ;

- un avis médical SMR du 10 décembre 2018, considérant que l'appréciation de la Dresse L. _____ n'était pas propre à infirmer les conclusions figurant dans les rapports des experts.

En date du 23 mai 2019, le recourant a produit deux rapports de la Dresse L. _____ datés respectivement des 6 et 21 mai 2019, signalant en particulier un état dépressif d'intensité moyenne, un syndrome de jambes sans repos et une dysphorie de genre (transsexualisme).

Se déterminant le 17 juin 2019, l'intimé a maintenu sa position.

Par envoi du 2 juillet 2019, le recourant a versé en cause un rapport rédigé le 11 juin 2019 par la Dresse E._____, signalant en particulier qu'une transformation physique avait été entreprise en lien avec la dysphorie de genre, ainsi que deux courriers établis le 28 juin 2019 par son assureur-maladie [...], portant sur la prise en charge d'un traitement hormonal.

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 estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 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. Est en l'espèce litigieux le droit du recourant à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité.

3. 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 et art. 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) 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).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner 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 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

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 asséculo-logique. 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).

4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité (art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif,

donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165).

b) Selon la jurisprudence, il y a lieu d'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418), et en particulier aussi aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 409), la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues, à savoir au moyen d'une grille d'indicateurs (ATF 141 V 281).

aa) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux ou d'un trouble psychique 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), en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 2.1.2). L'analyse doit également prendre en considération d'éventuels facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

bb) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit ensuite 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, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès,

résistance, échec) d'un traitement conduit 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 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. Aux termes de la décision attaquée, l'intimé s'est fondé sur les rapports d'expertise établis par les Drs S._____ et H._____ pour considérer que le recourant disposait d'une capacité résiduelle de travail de 90 % dans une activité adaptée comme celle de concierge, respectivement de 80 % dans l'activité habituelle de mécanicien sur automobiles.

Le recourant, pour sa part, a contesté cette appréciation en se prévalant notamment de l'avis de ses médecins traitants.

a) A titre liminaire, on relèvera qu'il existe une certaine incertitude quant à la formation professionnelle du recourant.

Tout au long de la procédure administrative, il a en effet été admis que l'assuré avait obtenu un CFC de mécanicien sur automobiles en 1990, sur la base notamment des dires de ce dernier (cf. en particulier le formulaire de demande de prestations AI du 18 janvier 2012 p. 5 ch. 5.2). Néanmoins, le dossier ne contient aucun CFC de mécanicien sur automobiles. Y figure en revanche un contrat d'apprentissage du 31 août

1987 se référant à une formation de mécanicien en automobiles prévue sur quatre ans, supposée s'achever le 31 août 1991 – et non en 1990. Il résulte de surcroît du rapport d'examen de la neuropsychologue F. _____ du 31 octobre 2017 (p. 1) que le recourant aurait redoublé la première année de son apprentissage de mécanicien sur automobiles et aurait été réorienté vers une formation de réparateur sur automobiles avec obtention d'un CFC après trois ans. De fait, il s'agissait à l'époque de deux formations distinctes (cf. Recensement fédéral de la population 1990, Office fédéral de la statistique, Berne 1996 : « *Répertoire des professions* », pp 96-96), la formation de réparateur en automobiles pouvant être complétée par celle de mécanicien sur automobiles (voir à cet égard TFA U 308/04 du 16 janvier 2006 let. A).

Cela étant, on peut donc s'interroger sur la nature du CFC obtenu par le recourant et, dès lors, sur les compétences qui peuvent légitimement lui être imputées dans son activité habituelle – et, par voie de conséquence, sur la pertinence de l'exigibilité d'une activité de mécanicien sur automobiles à 80 %, telle que retenue par l'intimé. Ainsi, sur ce premier plan déjà, il apparaît que la cause n'a pas été instruite à satisfaction de droit.

b) Sur le plan somatique, l'OAI a fondé son appréciation sur l'évaluation rhumatologique effectuée par l'expert S. _____.

aa) Aux termes de son rapport du 18 août 2017, l'expert S. _____ a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec minime discopathie L5-S1 et possible spondylarthropathie HLA-B27 positif stable sous traitement de Simponi® et méthotrexate depuis 2013. L'expert a estimé que ces diagnostics engendraient des limitations fonctionnelles au niveau du port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier et de manière répétitive de plus 10 à 15 kg. Concernant la capacité résiduelle de travail, l'expert S. _____ a considéré que, d'un point de vue purement rhumatologique, l'activité antérieure de mécanicien demeurerait exigible à 80 % et que l'activité de

concierge était, quant à elle, envisageable à 90 %, sans diminution de rendement. Il a encore précisé que si l'on avait assisté en novembre 2011 à une diminution de la capacité de travail, une reprise de l'activité professionnelle aurait probablement pu être exigée dès le mois d'octobre 2013, soit trois mois après l'introduction d'un traitement de fond par anti-TNF- α et méthotrexate - traitement qui avait permis une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse.

bb) Plusieurs éléments ne permettent pas de s'en tenir à l'appréciation du Dr S. _____ pour le volet somatique.

Il est vrai que les atteintes rhumatologiques - soit essentiellement une probable spondylarthrite ankylosante et une discopathie L5-S1 - affectant le recourant ne font guère l'objet de controverse. On constate en revanche des divergences s'agissant des limitations fonctionnelles évoquées. Outre des restrictions au niveau du port de charges et de la position en porte-à-faux (cf. rapports des Drs A. _____ [19 décembre 2011 et 15 février 2012] et N. _____ [rapports des 8 juillet 2013]) également retenues par l'expert S. _____, les médecins traitants ont en effet noté des limitations quant au maintien et à l'alternance des positions (cf. rapports des Drs A. _____ [19 décembre 2011 et 15 février 2012], N. _____ [rapports des 8 juillet 2013] et E. _____ [du 18 septembre 2015]) - le Dr A. _____ précisant plus particulièrement que l'activité de mécanicien sur automobiles nécessitait des positions en porte-à-faux, en flexion-rotation et en extension qui ne pouvaient plus être assumées par le patient (cf. rapport du 15 février 2012). Or, force est de constater que l'expert S. _____ n'a retenu aucune limitation fonctionnelle en lien avec ces aspects spécifiques, sans explication.

L'expert a certes relevé que, le jour de l'expertise, l'assuré s'était levé de sa chaise en salle d'attente d'un seul tenant avec le buste en légère antéversion, qu'il était resté assis durant tout l'entretien en se relevant à deux reprises, mais sans opter pour une position antalgique, qu'il se déplaçait sans boiterie, qu'il était capable de descendre deux

étages d'escaliers et qu'il avait exécuté des mouvements d'habillage et de déshabillage de manière lente mais fluide (cf. rapport d'expertise du 18 août 2017 p. 10). Il n'en demeure pas moins que le recourant n'a en définitive pas pu conserver la position assise durant tout l'entretien, quand bien même il n'a pas adopté de position antalgique, et que, s'il a pu réaliser certains mouvements de manière fluide, on peut néanmoins s'interroger sur la lenteur d'exécution observée par l'expert S._____. A cela s'ajoute que, lors de son examen, la neuropsychologue F._____ a noté que l'assuré était apparu gêné par ses douleurs, changeant de position et s'étirant (cf. rapport du 31 octobre 2017 p. 2). Au vu de ces éléments, l'aptitude du recourant à maintenir une position en continu, respectivement la nécessité d'alterner les positions, reste empreinte de nébulosité.

Il y a en outre lieu de relativiser les propos de l'expert S._____, selon lesquels la médication introduite en juillet 2013 aurait permis une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse (cf. rapport du 18 août 2017 p. 15). En effet, les pièces au dossier font état d'une période de stabilisation (cf. rapport de la Dresse E._____ du 18 septembre 2015), suivie d'une exacerbation des douleurs ou « *montée douloureuse* » (cf. rapport du Dr N._____ du 4 novembre 2015 et de la Dresse E._____ du 17 décembre 2015), avec finalement des résultats thérapeutiques ressentis comme modestes (cf. rapport du Dr M._____ du 20 septembre 2018). Du reste, l'assuré a expressément signalé à l'expert que ses douleurs étaient aggravées « *en position debout après 30 minutes, en se relevant d'un canapé, lors des positions assise[s] de plus [d']½ heur[e], par la marche prolongée de plus de 20 minutes, les déplacements en véhicule de plus de 30 minutes en tant que passager et 30 minutes en tant que conducteur [...]* » (cf. rapport d'expertise du 18 août 2017 p. 4). Une telle évolution incite à s'interroger sur un éventuel trouble psychosomatique, d'autant que la question a été évoquée par les médecins traitants (cf. rapport du Dr N._____ du 4 novembre 2015 [syndrome douloureux] ; cf. rapport du Dr M._____ du 20 septembre 2018 [douleur chronique] ; cf. rapport de la Dresse L._____ du 22 novembre 2018 [syndrome douloureux somatoforme]) mais également par

la neuropsychologue F._____ (cf. rapport du 31 octobre 2017 [syndrome douloureux chronique]). Bien plus, l'expert rhumatologue a rattaché la diminution des capacités fonctionnelles au vécu douloureux chronique et signalé des discordances entre les plaintes et les résultats des examens pratiqués (cf. rapport d'expertise du 18 août 2017 pp. 11 et 13). Dans ces conditions, on peine à comprendre que la question d'un trouble psychosomatique n'ait pas été abordée dans le cadre de la discussion consensuelle avec l'expert psychiatre (cf. également consid. 5c/bb/aaa infra).

A la lumière des carences ainsi mises en lumière, on ne saurait donc se rallier à l'exigibilité rhumatologique arrêtée par l'expert S._____ - à savoir 80 % dans l'activité de mécanicien et 90 % dans l'activité de concierge. L'exigibilité dans l'activité de concierge est d'autant moins convaincante que, lors de la mesure de reclassement suivie au Centre Y._____, il a été constaté que les activités de nettoyage étaient à proscrire et qu'il y avait lieu d'orienter l'assuré vers un emploi à taux très partiel ciblé sur les réparations et l'entretien (cf. rapport final du 6 juillet 2016) - éléments sur lesquels l'expert S._____ ne s'est pas exprimé. Or, on rappellera que les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (TF 8C_244/2015 du 8 mars 2016 consid. 5.2 et les références citées). Partant, si les observations au cours de la réadaptation professionnelle ne sont certes pas assimilables à un avis médical, de telles divergences ne pouvaient cependant demeurer inexplicables *in casu*.

Les lacunes constatées ne trouvent, du reste, pas de réponse dans les avis des médecins traitants du recourant. En effet, les avis émis sont succinctement motivés et s'avèrent en outre discordants s'agissant de la capacité résiduelle de travail - le Dr A._____ ayant mentionné un taux de 0 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée (cf. rapport du 15 février 2012), le Dr N._____ ayant retenu une capacité de travail nulle sous réserve d'évolution dans l'activité habituelle

(cf. rapport du 8 juillet 2013) puis de 30 % sans travail physique suivi ou nécessitant un rendement (cf. rapport du 25 avril 2018), et la Dresse E._____ ayant signalé une capacité de travail de 60 % dans l'activité de concierge (cf. rapport du 18 septembre 2015) puis, après une péjoration des atteintes en août 2015 (cf. rapport du 17 décembre 2015), une totale incapacité comme mécanicien ou concierge, sans possibilité de reconversion professionnelle (cf. rapport 24 septembre 2018). Dans ces conditions, un complément d'instruction se justifie d'autant plus.

cc) Pour le surplus, les pièces au dossier ne permettent certes de distinguer aucun indice plaidant pour une atteinte invalidante aux niveaux cardiologique ou oto-rhino-laryngologique. S'il est en outre vrai qu'une maladie de Lyme a par ailleurs été évoquée, elle a toutefois été qualifiée d'asymptomatique ou aspécifique (cf. rapports du Dr N._____ du 4 novembre 2015 et du Dr M._____ du 20 septembre 2018) et, par conséquent, non incapacitante.

Il en va différemment sur le plan ophtalmologique. Plus précisément, s'il appert que l'assuré a subi une opération de la cataracte en décembre 2016 (cf. protocole opératoire du Dr W._____ du 1^{er} décembre 2016) et qu'il a ensuite consulté pour un décollement du vitré avec corps flottants (cf. rapport du Dr W._____ du 7 septembre 2017), soit un phénomène relativement courant en soi (cf. site internet www.provisu.ch > Accueil > Maladies > Maladies les plus fréquentes > Corps flottants et décollement du vitré), il a par ailleurs évoqué une photosensibilité avec intolérance à la lumière (cf. rapport d'expertise du Dr S._____ du 18 août 2017 p. 2 ; voir également rapport du Dr N._____ du 25 avril 2018) à l'égard de laquelle aucun complément d'information n'a été récolté. Contrairement à ce que soutient le Dr I._____ (cf. avis SMR du 9 juillet 2018), rien ne permet d'affirmer qu'un trouble de cette nature aurait pu être correctement appréhendé par l'expert rhumatologue ou la neuropsychologue F._____, lesquels ne disposent du reste pas de compétences spécialisées en la matière. Dès lors, avant de pouvoir se prononcer sur le cas d'espèce, une instruction

complémentaire, dans un premier temps auprès de l'ophtalmologue traitant, s'avère indispensable.

dd) A la lumière des considérations qui précèdent, force est de constater que les éléments au dossier ne permettent pas de statuer en connaissance de cause sous l'angle somatique et qu'une instruction complémentaire s'avère nécessaire du point de vue rhumatologique mais également ophtalmologique.

c) Concernant l'aspect psychiatrique, l'OAI s'est basé sur l'évaluation de l'expert H._____, après examen par la neuropsychologue F._____.

aa) A teneur de son rapport d'expertise du 13 décembre 2017, l'expert H._____ a retenu que l'assuré souffrait de troubles de la personnalité de type anxieux/évitant (F60.6) depuis l'adolescence mais que ceux-ci ne se répercutaient pas sur la capacité de travail, laquelle était de 100 % dans l'activité de mécanicien exercée jusqu'alors comme dans toute activité correspondant aux limitations neuropsychologiques mises en évidence par la neuropsychologue F._____.

bb) L'évaluation réalisée sur le plan psychiatrique ne peut cependant être retenue.

aaa) Tel est notamment le cas au niveau du diagnostic.

Il apparaît à cet égard que l'expert H._____ a posé comme seul diagnostic un trouble de la personnalité anxieuse et évitante. Il n'a toutefois guère étayé sa position sur le sujet, se limitant tout au plus à retranscrire les critères définis en la matière par la Classification internationale des maladies (CIM-10) (cf. rapport d'expertise du 13 décembre 2017 p. 25). Faute de motivation, une telle évaluation ne saurait être qualifiée de convaincante. L'expert H._____ a par ailleurs réfuté le trouble dépressif récurrent signalé par la Dresse L._____, exposant que les signes cliniques requis en la matière n'étaient pas

présents anamnestiquement et au moment de l'entretien, et qu'il s'agissait plutôt d'une personnalité anxieuse présente depuis l'adolescence (cf. rapport d'expertise du 13 décembre 2017 p. 28 s.). Néanmoins, l'expert H._____ ne s'est pas déterminé sur les deux épisodes dépressifs - survenus respectivement à l'adolescence puis lors d'un premier licenciement en 2008 [recte : 2010] - évoqués par la Dresse L._____ et ayant contribué au diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent, état actuel moyen, posé par cette spécialiste (cf. rapport du 24 octobre 2016). L'appréciation de l'expert psychiatre apparaît dès lors incomplète sur ce point. On constate également que le Dr H._____ a écarté le diagnostic de phobie sociale en affirmant laconiquement que l'angoisse, l'anxiété et les tensions nerveuses de l'assuré ne permettaient pas de « *parler vraiment d'une phobie sociale* » (cf. rapport d'expertise du 13 décembre 2017 p. 23), sans détailler concrètement les éléments l'ayant amené à une telle conclusion. Des phobies sociales sévères ont en revanche été diagnostiquées par la Dresse L._____ (cf. rapports des 24 octobre 2016 et 22 novembre 2018), laquelle a estimé paradoxalement que ce diagnostic n'avait pas d'impact sur la capacité de travail mais qu'il entraînait malgré tout des restrictions dans l'exercice de l'activité lucrative (cf. rapport du 24 octobre 2016). Ces lacunes et incohérences méritent par conséquent des éclaircissements.

On relèvera par ailleurs que dans la mesure où l'expert H._____ a mentionné une tristesse fluctuant en fonction notamment des douleurs (cf. rapport d'expertise du 13 décembre 2017 p. 22), respectivement des douleurs greffées sur une personnalité anxieuse (cf. ibid. p. 23 et 26), on peine à comprendre qu'il n'ait à aucun moment développé l'hypothèse d'un trouble psychosomatique - pathologie pourtant évoquée par les médecins traitants et la neuropsychologue F._____ (cf. consid. 5b/bb supra) ; tout au plus relèvera-t-on que l'assertion de l'expert H._____ selon laquelle l'expert S._____ n'aurait pas retenu de limitations fonctionnelles en lien avec les douleurs (cf. rapport d'expertise du 13 décembre 2017 p. 23 et 26) doit être infirmée, dès lors que l'expert rhumatologue a en définitive décrit des limitations

fonctionnelles en lien avec des douleurs lombovertébrales (cf. rapport d'expertise du 18 août 2017 p. 12 et 16).

bbb) L'analyse des indicateurs posés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques prête, elle aussi, le flanc à la critique.

On relèvera en particulier qu'à la place d'une réelle étude des manifestations concrètes de l'atteinte à la santé, l'expert H. _____ a procédé à une reproduction des conclusions de la neuropsychologue F. _____ suivie d'une description des pathologies n'affectant pas l'assuré (cf. rapport d'expertise du 13 décembre 2017 pp. 19 à 23). Si l'expert a en outre mis en cause la coopération de l'intéressé du point de vue de sa médication (cf. *ibid.* p. 27), il n'a en revanche pas précisé si ce manque d'observance thérapeutique avait un lien avec l'atteinte. Sous l'angle de la réadaptation, l'expertise psychiatrique n'est pas davantage convaincante. En effet, le Dr H. _____ a estimé que les douleurs et troubles cognitifs de l'assuré avaient influencé le déroulement de la réadaptation de façon « *importante* » (cf. *ibid.* p. 28). Dans la mesure où ladite réadaptation visait à reclasser le recourant dans l'activité de concierge, la corrélation faite entre l'échec du reclassement et les troubles de l'assuré incite, par voie de conséquence, à s'interroger sur l'exigibilité de l'activité de concierge ; au surplus, on peine à suivre l'expert psychiatre en tant qu'il a tout d'abord imputé les difficultés de réadaptation aux problèmes de santé de l'assuré, pour ensuite retenir que toute reprise de la réadaptation serait vouée à l'échec par manque de motivation (cf. *ibid.* loc. cit.), sans plus se référer aux troubles de santé précédemment pris en compte. Enfin, on ajoutera qu'en ce qui concerne l'étude de la structure de la personnalité, la jurisprudence pose des exigences de motivation accrues (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2) qui ne sont à l'évidence pas satisfaites dans le cas particulier, l'expert H. _____ s'étant contenté de renvoyer aux exigences définies par la CIM-10 (cf. rapport d'expertise du 13 décembre 2017 p. 25).

Plus généralement, le simple fait pour l'expert de se référer laconiquement aux ressources montrées par l'assuré tout au long de son existence (cf. *ibid.* loc. cit.) ne saurait faire oublier les problèmes

rencontrés par ce dernier en cours de scolarité (l'assuré ayant redoublé une année puis s'étant arrêté à la huitième année sans obtenir de certificat [cf. rapport d'examen neuropsychologique du 31 octobre 2017 p. 1], respectivement à la septième année [cf. rapport d'expertise rhumatologique du 18 août 2017 p. 7]), en phase d'apprentissage (l'intéressé ayant été réorienté vers une autre voie [cf. rapport d'examen neuropsychologique du 31 octobre 2017 p. 1], respectivement ayant obtenu un CFC sur cinq ans en raison de problèmes au niveau de la théorie [cf. rapport d'expertise psychiatrique du 13 décembre 2017 p. 3]) puis dans le cadre de la formation au Centre Y. _____ qui a finalement dû être adaptée (cf. note d'entretien du 16 décembre 2015 et rapport final du 6 juillet 2016). De telles circonstances appelaient à l'évidence un examen nuancé des ressources résiduelles, que l'on cherche en vain dans l'évaluation de l'expert H. _____.

ccc) C'est enfin le lieu de souligner qu'à la demande de l'expert psychiatre, l'assuré a fait l'objet d'un examen neuropsychologique. Cet examen a montré une atteinte cognitive légère à moyenne caractérisée par un ralentissement psychomoteur d'origine indéterminée, probablement multifactoriel (trouble psychique et thymique, syndrome douloureux chronique et spondylarthropathie) qui perturbait les capacités exécutives, attentionnelles et mnésiques. S'y associaient des troubles du langage oral et écrit de nature probablement neuro-développementale et une faiblesse des acquisitions scolaires en mathématiques compatible avec le parcours scolaire. Il en découlait des limitations fonctionnelles neuropsychologiques notamment sous la forme d'un ralentissement contre-indiquant en particulier la conduite de véhicules ou l'emploi de machines dangereuses, d'une baisse significative de rendement et d'une perturbation des apprentissages en lien avec les troubles mnésiques (cf. rapport d'examen de la neuropsychologue F. _____ du 31 octobre 2017).

Si les conclusions de l'évaluation neuropsychologique ont certes été formellement retranscrites dans le rapport d'expertise psychiatrique du 13 décembre 2017 (pp. 20 à 22), leur impact n'a que très

partiellement été pris en considération par l'expert H._____. Certes, ce dernier a estimé que les limitations fonctionnelles neuropsychologiques étaient compatibles avec une activité plutôt simple (cf. *ibid.* p. 24). On voit toutefois mal que l'activité de mécanicien, considérée comme pleinement exigible (cf. *ibid.* p. 30), puisse être qualifiée de « *plutôt simple* » alors même que son exercice requiert des connaissances spécifiques et des manipulations parfois complexes. Bien plus, la pleine exigibilité reconnue par l'expert H._____ pour l'activité de mécanicien fait totalement abstraction des contre-indications signalées par la neuropsychologue F._____ s'agissant de la conduite de véhicules et de l'emploi de machines dangereuses - qui sont pourtant fréquents dans ce secteur. A cela s'ajoute que la neuropsychologue F._____ - comme, avant elle, les Drs A._____ (cf. rapport du 15 février 2012), N._____ (cf. rapport du 4 novembre 2015) et L._____ (cf. rapport du 24 octobre 2016) - a proscrit les tâches avec contrainte temporelle, autrement dit du stress, ce sur quoi l'expert H._____ ne s'est pas déterminé. Enfin, l'expert psychiatre n'a aucunement tenu compte de la diminution de rendement « *significative* » mentionnées par la neuropsychologue F._____, que ce soit sous l'angle de l'ancienne activité dans la mécanique ou sous l'angle d'une activité adaptée ; tout au plus rappellera-t-on que la Dresse L._____ signalait pourtant déjà en 2016 une lenteur d'exécution (cf. rapport du 24 octobre 2016). Il suit de là, en d'autres termes, que la portée des troubles cognitifs mis en lumière par l'examen neuropsychologique n'a pas été dûment intégrée à l'analyse psychiatrique, en particulier sous l'angle de la capacité résiduelle de travail.

cc) On ne saurait par ailleurs trancher l'affaire sur la seule base des rapports de la Dresse L._____ des 24 octobre 2016 et 22 novembre 2018, l'analyse de la psychiatre traitante - qui reste ambiguë sur la question des diagnostics incapacitants et des limitations fonctionnelles retenus (s'agissant notamment du trouble de la personnalité et de la phobie sociale), met en avant diverses problématiques sans procéder à un examen circonstancié du cas concret et prend, pour le surplus, le contre-pied de l'expertise du Dr H._____ - n'étant quoi qu'il en soit pas suffisamment détaillée pour satisfaire aux

exigences de la jurisprudence en matière de procédure probatoire, s'agissant en particulier de la grille d'indicateurs à analyser. Quant aux rapports de cette spécialiste des 6 et 21 mai 2019, ils n'exposent aucunement en quoi les atteintes retenues (état dépressif d'intensité moyenne, syndrome de jambes sans repos, dysphorie de genre) pourraient influencer la capacité de travail du patient. Le même constat s'impose, du reste, s'agissant de la transformation physique entamée en lien avec la dysphorie de genre (cf. rapport de la Dresse E. _____ du 11 juin 2019 et courriers de l'assureur-maladie [...] du 28 juin 2019).

d) Il découle de ce qui précède qu'en l'état du dossier, il n'est pas possible de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'incidence des différentes atteintes que présente le recourant, tant au plan somatique que psychiatrique, sur la capacité résiduelle de travail de l'intéressé.

L'instruction doit en conséquence être complétée.

6. a) Attendu que les éléments versés au dossier permettent de mettre en doute les conclusions - lacunaires et contradictoires - des experts S. _____ et H. _____ sur les plans rhumatologique et psychiatrique et que, de surcroît, des renseignements supplémentaires doivent être requis sous l'angle ophtalmologique, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera en particulier de solliciter l'avis de l'ophtalmologue traitant du recourant puis de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (art. 44 LPGA) comportant à tout le moins des volets rhumatologique et psychiatrique, voire ophtalmologique en fonction des réponses apportées par l'ophtalmologue traitant, en vue de définir précisément les diagnostics et les limitations fonctionnelles affectant le recourant, ainsi que de déterminer à quel taux, à partir de quelle date et dans quel type d'activité celui-ci est en mesure de travailler. Ce faisant, l'intimé veillera à ce que les experts adoptent une approche et

une analyse pluridisciplinaire du cas, qui tiennent compte de l'ensemble des pathologies que présente le recourant. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

b) Vu l'issue du litige, la Cour de céans s'abstiendra de statuer sur les autres griefs du recourant.

7. a) En définitive, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, ils doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]) et de mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Hichri n'ayant pas produit la liste de ses opérations dans le délai imparti à cet effet, son défraiement doit être fixé équitablement sur la base d'une estimation des opérations nécessaires pour la conduite du

procès (art. 3 al. 2 RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3]). En l'occurrence, le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 17 juillet 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, 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 dépens fixée à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (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 :