

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mai 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

K._____, à [...], recourant, représenté par Me Alexandre Lehmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 al. 1, 16 et 43 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. K._____, né en 1961, mécanicien sans CFC, vendeur automobile, a déposé le 24 décembre 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en faisant état de spasmes, de douleurs musculaires, d'éruptions cutanées et de fatigue, existant depuis 2011. Selon les certificats médicaux au dossier, l'assuré avait été régulièrement en incapacité de travail entre 100 et 50 % du 11 septembre 2013 au 31 décembre 2014, puis à 20 % depuis le 1^{er} janvier 2015.

Le 13 janvier 2015, le Dr C._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, a diagnostiqué un eczéma chronique, sans retenir d'incapacité de travail dans l'activité habituelle.

Selon l'extrait du compte individuel au dossier, l'assuré a perçu entre 1999 et 2013 un revenu oscillant entre 238'546 fr. (en 2000), et 354'785 fr. (en 2007). En 2013, son revenu annuel s'était élevé à 264'171 francs.

Dans son rapport à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) du 17 février 2015, l'employeur - J._____- a indiqué que l'intéressé y œuvrait depuis août 1991, sa dernière activité étant celle de directeur de filiale, pour un salaire « au bonus (variable) ».

Le Dr P._____, spécialiste en rhumatologie, a examiné l'assuré pour le compte d'A._____, assureur perte de gain, le 17 février 2015. Dans son rapport du 19 février 2015 à A._____, il a posé les diagnostics de dermatose avec lichénification chronique au niveau du visage, de phénomènes chroniques de fasciculations prédominant au membre inférieur droit associés à une importante asthénie, et de probable gonarthrose droite, asymptomatique. Le Dr P._____ a estimé qu'il n'y avait actuellement pas d'incapacité de travail d'un point de vue rhumatologique, les plaintes relatées par l'assuré concernant plutôt les sphères dermatologique et neurologique. En l'état, il ne semblait pas qu'un lien objectif ait été fait entre une éventuelle allergie au titane (réd. : ensuite de la pose d'implants dentaires à [...]) et les symptômes de

l'intéressé. Le Dr P._____ suggérait dès lors d'attendre l'évaluation du Service d'immuno-allergologie Q._____); il estimait par ailleurs qu'une évaluation neurologique paraissait aussi nécessaire. Pour le Dr P._____, l'emploi de directeur pour J._____ était un poste de travail adapté ; l'état de l'assuré était compatible avec des mesures de réinsertion de l'Al, mais celles-ci ne paraissaient pas utiles ni bénéfiques pour le moment. Le Dr P._____ a proposé comme traitement une cure de magnésium de trois à quatre semaines par voie orale.

Le 30 mars 2015, le Dr R._____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique auprès de Q._____, a fait savoir au Dr Z._____, généraliste et médecin traitant de l'assuré depuis 1997, qu'il avait constaté l'absence d'éléments anamnestiques, cliniques et biologiques en faveur d'une maladie auto-immune, d'une connectivite en particulier. Il avait cependant constaté une adénopathie sous-mandibulaire gauche et suggéré un complément d'investigation vu le tabagisme chronique du patient et une récente perte de poids.

Selon une note de la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'Al du 1^{er} avril 2015, l'assuré avait été reçu le jour même, et avait annoncé avoir repris son activité de directeur de filiale depuis deux mois à 100 %. Il avait toutefois confirmé que les investigations médicales se poursuivaient.

Le 1^{er} avril 2015, le Dr V._____, spécialiste en neurologie, a fait savoir au Dr Z._____ qu'objectivement, il existait sur le plan neurologique des réflexes tendineux plus vifs aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs, et quelques fasciculations constatées. Ce tableau n'avait pas de caractère inquiétant et il s'agissait très vraisemblablement d'un tableau séquellaire d'une hypovitaminose B12 substituée dans l'intervalle. L'examen électrophysiologique était normal, et en particulier il n'y avait pas de neuropathie, ni d'argument en faveur d'une maladie du motoneurone. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le Dr V._____ estimait que le pronostic devrait être favorable sur le plan neurologique.

Dans son rapport à l'OAI du 13 avril 2015 et dans sa lettre du 9 mars 2015 au Dr V._____ jointe au rapport à l'OAI, le Dr Z._____ a posé les diagnostics de fatigue et de douleurs musculaires d'origine indéterminée avec fasciculations musculaires du membre inférieur droit. Le Dr Z._____ a exposé en particulier que le patient avait été multi examiné et investigué ; le bilan immunologique fait au Q._____ lui avait confirmé qu'il n'existait pas d'allergie au titane.

Dans son rapport à l'OAI du 14 avril 2015, le Dr V._____ n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, celui de « discrets signes cortico-spinaux aux membres inférieurs d'origine indéterminée » étant posé sans effet sur la capacité de travail. Au plan neurologique, il n'y avait pas d'incapacité de travail, ni de limitation.

Le 8 juillet 2015, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, en lui faisant part de son intention de refuser le reclassement et la rente d'invalidité, avec la motivation suivante :

« Vous avez présenté une incapacité de travail de 50 % du 23 juin 2014 (début du délai d'attente d'une année) au 28 décembre 2014, puis avez pu reprendre à un taux de 80 %. Sur le plan médical, rien ne s'oppose dès le 1^{er} mars 2015 à ce que vous exerciez à nouveau votre activité habituelle de directeur de filiale. Cela étant notre intervention sous l'angle de la réadaptation n'est pas justifiée et dès lors que vous avez repris le travail — sans limitations ni préjudice économique — à plein temps avant l'échéance du délai de carence, aucune prestation financières (sic) n'est due. »

Le 1^{er} septembre 2015, l'employeur a indiqué à l'OAI que l'assuré était à nouveau en incapacité totale de travail dès le 2 mai 2015, et que son contrat avait été résilié pour le 31 juillet 2015. Il figure au dossier un rapport d'un médecin de [...], le Dr G._____, qui a fait état d'une « dépression nerveuse », le 2 mai 2015. Le 18 mai 2015, le Dr C._____ avait aussi attesté une incapacité totale jusqu'à nouvel avis.

La Dre N._____, psychiatre traitante de l'assuré, a rédigé des certificats d'incapacité faisant état d'une incapacité de travail totale à compter du 1^{er} juillet 2015.

Selon un courrier du 21 octobre 2015 de Me Robert Lei Ravello, alors conseil de l'assuré, à A._____, la décompensation qui fondait le nouveau cas d'incapacité de travail trouvait son origine dans des événements survenus les 23 et 24 avril 2015, période où l'assuré se trouvait à l'étranger en vacances, et était « excédé et déprimé par l'attitude que lui a[vait] alors réservée son supérieur hiérarchique ».

A._____ a informé l'assuré le 31 août 2015 qu'il allait être expertisé par le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin, dans son rapport du 30 septembre 2015, a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en faible rémission (F43.22). Le Dr S._____ a notamment observé que l'expertisé semblait avoir présenté quelques troubles anxieux et dépressifs entre 2013 et 2015, dans le cadre d'une pathologie somatique mal déterminée. Les troubles qu'il présentait actuellement n'étaient cependant pas directement en rapport avec cette affection, puisqu'ils étaient secondaires à l'annonce de son licenciement (p. 4 de l'expertise du 30 septembre 2015). Pour l'expert, le pronostic était plutôt favorable. Toutefois, en l'état, il était d'avis que l'état de l'expertisé n'apparaissait pas compatible avec une reprise d'activité à court terme, relevant que la persistance des troubles émotionnels, des difficultés de concentration, de la fatigue chronique, du repli psychosocial et de la perturbation de la motivation, rendaient en particulier cette reprise d'activité impossible. Il estimait qu'un nouveau bilan devrait être effectué d'ici trois mois (p. 5 de l'expertise).

Le 28 septembre 2015, la Dre N._____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F 32.1), avec une incapacité de travail totale à compter du 1^{er} juillet 2015.

A la requête d'A._____, le Dr S._____ a revu l'assuré le 6 janvier 2016. Dans son rapport du 7 janvier 2016, il a noté que les fonctions cognitives n'apparaissaient plus perturbées, que la pensée n'était plus ralentie, et que le focus d'attention était maintenu sans difficulté ; l'expertisé ne paraissait plus triste, ni fatigué. A cette occasion, l'assuré a reconnu que son état s'était amélioré. Le diagnostic retenu était celui de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, en rémission (F43.22). Le Dr S._____ a estimé que vu l'amélioration de l'état psychique de l'expertisé, l'arrêt de travail n'était plus justifié du point de vue psychiatrique.

Le Dr Z._____ a fait savoir au médecin conseil d'A._____ le 1^{er} février 2016 que le Dr E._____, spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, avait extrait les trois implants de l'assuré le 14 janvier 2016.

Selon le mandat du Service médical régional AI (ci-après : SMR) du 24 février 2016, les périodes d'incapacité de travail de l'assuré avaient été les suivantes :

Du 23 juin 2014 au 28 décembre 2014 : 50 % ;

Du 29 décembre 2014 au 28 février 2015 : 20 % ;

Du 1^{er} mars 2015 au 1^{er} mai 2015 : 0 % ;

Dès le 2 mai 2015 : 100 %.

A la demande de l'OAI, le Dr Z._____ lui a fait savoir le 17 octobre 2016 que l'état de son patient avait continué à se détériorer, avec à nouveau des plaintes systémiques sous forme de douleurs des membres inférieurs des deux côtés, avec des spasmes des deux membres inférieurs, une fatigue extrême, et une dermatite du visage avec lichénifications. La décision avait été prise après mûre réflexion avec le dermatologue, le Dr C._____, d'enlever tous les implants en titane de l'assuré, au vu de la symptomatologie qui avait commencé lors de la mise de ces derniers et un test sanguin positif d'allergie au titane. Cette opération avait eu lieu le 14 janvier 2016, avec une évolution phénoménale et fulgurante de la symptomatologie. Toutefois, il y avait eu une reprise de ces différentes

plaintes en raison de la mise en place d'une prothèse partielle à laquelle il avait été allergique. Actuellement, le patient n'avait plus de prothèse, et l'évolution était lentement à nouveau favorable. Pour le Dr Z._____, la fatigue prédominait encore. Les spasmes et les douleurs musculaires, bien qu'en diminution, étaient encore invalidants.

La Dre N._____, dans son rapport à l'OAI du 17 novembre 2016, a posé avec effet sur la capacité de travail le diagnostic d'allergie ou intolérance au titane, autres métaux et résines dentaires (T78.4) existant depuis 2011. Sans effet sur la capacité de travail, elle a retenu une réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22) existant depuis 2013. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle avait été totale du 16 mai 2016 [recte : 2015] au 1^{er} février 2016. A ce jour, la Dre N._____ relevait qu'il n'y avait pas de restrictions psychiques à l'activité exercée. Le patient avait par contre besoin de retrouver confiance en lui et il était difficile pour lui d'accepter les conséquences de son parcours de maladie particulier. L'acceptation libérerait de l'énergie pour trouver des idées d'activité professionnelle, si possible dans un poste similaire et de rang équivalent, estimant que le soutien de l'AI dans les démarches de reprise de l'assuré pourrait débuter début 2017.

Sur interpellation du SMR du 22 décembre 2016, le Dr Z._____ a informé l'OAI que son patient allait mieux, et a estimé sa capacité de travail à 50 % à compter du 1^{er} janvier 2017. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle d'ordre strictement médical. Le 17 mars 2017, le Dr Z._____ a fait savoir à l'OAI que son patient était retourné chez le Dr C._____, en raison d'œdèmes faciaux récidivants avec intense fatigue. Le Dr C._____ avait fait réaliser un CT cérébral, cervical et thoraco-abdominal le 21 février 2017 qui n'avait rien montré de particulier ; toutefois quelques heures après cet examen, le patient avait excréé de multiples parasites compatibles avec une bilharziose chronique ; l'incapacité de travail demeurait totale, le Dr Z._____ demandant « l'annulation » de son rapport du 9 janvier 2017.

L'assuré a été vu le 9 mai 2017 par le Dr Y._____, spécialiste en médecine tropicale et médecine des voyages. Dans son rapport du 17 mai 2017 à la Dre N._____, ce médecin a relevé que la présence d'une helminthiase qui aurait déjà été traitée pouvait être raisonnablement admise ; il avait toutefois proposé de consolider le traitement par la prise d'une dose unique de praziquantel. Le Dr Y._____ a par ailleurs indiqué que l'on ne pouvait exclure une « parasitose illusoire », qui serait compatible avec l'anamnèse. Il s'agissait toutefois d'un diagnostic d'exclusion, que le Dr Y._____ se disait prêt à remettre en question si d'autres manifestations objectivables survenaient.

Le 7 août 2017, le conseil de l'assuré a fait savoir à l'OAI que son client était actuellement en traitement pour une éventuelle maladie de Lyme.

Le 16 août 2017, le Dr C._____ a posé le diagnostic de dermatose du visage en cours d'investigation avec fort retentissement psychologique et neurologique. L'incapacité de travail était alors de 100 % dans l'activité habituelle, comme dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles au plan dermatologique consistant en des « douleurs, tiraillements ».

Le Dr B._____, spécialiste en neurologie, a vu l'assuré en date du 21 août 2017. Le 24 août 2017, il a adressé à l'OAI une copie de son rapport du 22 août 2017 au Dr C._____, en précisant qu'il n'avait pas évalué spécifiquement la capacité de travail générale lors de son unique consultation. Ce spécialiste a en

particulier relevé ce qui suit dans son rapport du 22 août 2017 (sic) :

« De façon intéressante, il ne présente aucune anomalie neurologique au status, il n'y a pas de signe radicaire, pas de polyneuropathie, pas de trouble cognitif, chez un patient qui se plaint de quelques sensations de spasmes musculaires, mais dont les plaintes se concentrent surtout sur une fatigue, les douleurs multiples, un état dépressif et une perte de poids, en dehors des problèmes d'éruptions cutanées.
Je suis quelque peu surpris que durant cette pérégrination médicale, il n'a jamais vu un infectiologue qui puisse faire une synthèse du cas

sur le plan infectiologique, et je serai reconnaissant à notre Confrère le Dr PZ._____ de bien vouloir examiner prochainement ce cas. S'il y avait une suspicion de maladie de Lyme centrale, on proposerait une ponction lombaire, mais actuellement je n'en ai pas vraiment les arguments, et par ailleurs, il serait intéressant de savoir si la suspicion de borréliose est confirmée, il ne serait pas indiqué, comme vous le suggérez, d'avoir plutôt un traitement intraveineux que per os.»

A la requête de l'OAI, le Dr PZ._____, spécialiste en infectiologie, lui a indiqué le 13 novembre 2017 que sur le plan strictement infectiologique, il n'y avait pas d'atteinte durable à la capacité de travail. Dans son rapport au Dr Z._____ du 4 octobre 2017 joint, il a relevé que la sérologie de dépistage pratiquée le 29 septembre 2017 était revenue entièrement négative. Il n'y avait aucun élément clinique permettant de retenir l'hypothèse d'une borréliose.

Par avis du 8 décembre 2017, la Dre L._____ du SMR, spécialiste en chirurgie, a fait l'analyse suivante de la situation (sic) :

« Nous sommes dans une situation qui demande d'être éclaircie. En effet, malgré les nombreuses consultations que M. K._____ a eu chez différents spécialistes et tous les traitements entrepris, la symptomatologie et ses plaintes sont restées à peu près les mêmes (fatigue, spasmes musculaires, douleurs multiples, état dépressif, perte de poids, éruptions cutanées). Au plan neurologique et infectiologique il ne subsiste apparemment pas d'IT durable : néanmoins l'assuré a été mis en IT [incapacité de travail] à 100% sans interruption depuis janvier 2017 et même des MR [mesures de réadaptation] n'ont pas pu être mises en place. Dès lors, nous retenons la nécessité d'une évaluation globale de l'état de santé de l'assuré à partir des plaintes exprimées et nous demandons une **Expertise pluridisciplinaire avec volet neurologique, psychiatrique et de médecine interne.** »

Le 8 mars 2018, l'OAI a informé le conseil de l'assuré qu'une expertise pluridisciplinaire allait être mise en œuvre, et que le choix du centre se ferait de manière aléatoire, conformément à l'art. 72bis RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201).

L'expertise a été confiée au U._____, qui a chargé les Drs O._____, spécialiste en neurologie, TZ._____, spécialiste en

psychiatre et psychothérapie, et RZ._____, spécialiste en médecine interne, d'examiner l'assuré, ce qui a été fait les 16, 22 et 29 mai 2018 respectivement. Dans leur rapport du 17 juillet 2018, ces spécialistes ont fait l'évaluation consensuelle suivante de la situation :

« [...]

Le problème actuel commence à la suite d'implants dentaires posés en 2012 et, depuis 2013, il présente des douleurs articulaires multiples et une éruption cutanée au niveau du visage avec des infections récidivantes et œdème de la face et des paupières. Devant la possibilité d'une allergie au Titane, on procède à l'ablation de tous les implants en janvier 2016. Pratiquement pas d'amélioration selon l'assuré et on met des ponts à la place. Il est mal toléré et il doit revoir le problème à ce niveau. Parallèlement, de multiples investigations sont effectuées (bilan sanguins, recherche d'allergie, infectiologie, bilan digestif avec colonoscopie et gastroscopie) et reviennent pratiquement normaux. Suite à plusieurs séjours à [...], on met en évidence une helminthiase qui est traitée en 2017. La sérologie pour une maladie de Lyme est négative, mais un test pratiqué chez un autre médecin traitant, homéopathe (Dr. MZ._____) est positif. Depuis juillet 2017, l'assuré a subi à 3 reprises un traitement de Doxycycline et l'assuré dit que cela va nettement mieux. Il doit prochainement être reconvoqué aux LZ._____ pour refaire une batterie de tests pour l'allergie au Titane.

Sur le plan neurologique, Monsieur K._____ a été examiné par le Dr V._____, le Prof. B._____ et tout dernièrement par le Dr SZ._____ dont nous ne connaissons pas les conclusions. Le Dr V._____ et le Prof. B._____ n'ont pas retenu d'atteinte neurologique significative bien qu'ayant observé effectivement des fasciculations considérées comme banales.

Après avis du Dr PZ._____, spécialiste en infectiologie, le Prof. B._____ n'a pas retenu le diagnostic de maladie de Lyme évoqué par le Dr MZ._____ sur la base du résultat d'un examen pratiqué en Allemagne qui aurait montré des spirochètes dans le sang.

A relever que tout récemment, le bilan sanguin pratiqué par le Dr SZ._____ a, à nouveau, démontré une sérologie pour maladie de Lyme totalement négative. Ce bilan n'a également pas démontré d'augmentation des CK. Il a en revanche révélé une intolérance au lactose.

L'examen neurologique pratiqué dans le cadre du présent bilan est à nouveau sans anomalie significative, hormis effectivement des fasciculations occasionnelles, tout particulièrement au niveau des membres inférieurs et plus rarement des membres supérieurs, ceci sans autres signes d'atteinte neuro-musculaire.

Nous avons revu le CT-Scan et l'IRM du cerveau qui mettent en évidence une certaine dilatation de l'ensemble des ventricules mais pas de signes de résorption transépendymaire ni d'autres signes potentiellement évocateurs d'une maladie neurologique à

expression centrale telle qu'une neuroborréliose.

Compte tenu des éléments susmentionnés, au terme du présent bilan, il n'y a pas, du point de vue strictement neurologique, d'explication aux plaintes formulées par Monsieur K. _____ pour ce qui est de la fatigue, des douleurs articulaires et musculaires, de l'hypersomnie, du manque de force.

En conséquence de cela, on ne peut pas retenir, toujours sur le plan strictement neurologique, d'incapacité de travail dans l'activité exercée préalablement, ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible.

Sur le plan psychiatrique, l'histoire personnelle est vierge de tout événement traumatique, d'antécédent psychiatrique familial ou personnel. L'expertisé dit être un homme solide qui a toujours mené une vie professionnelle et sociale stable, entretenant des relations interpersonnelles harmonieuses dans la vie professionnelle et privée. Il n'y a donc pas d'arguments pour des troubles de la personnalité. Seuls quelques traits narcissiques peuvent être relevés — par exemple le fait de s'être toujours senti intouchable.

Dès 2012, il développe une somatisation dans le contexte de difficultés professionnelles et probablement conjugales bien que ces dernières restent niées.

Selon l'anamnèse, un trouble de l'adaptation apparaît en 2015, avec une résolution en janvier 2016.

D'après les indications de l'expertisé, les plaintes douloureuses ont disparu depuis mai 2018, mais les autres plaintes ont par contre persisté.

Avant 2018, il n'y avait pas d'argument en faveur d'un trouble dépressif même réactionnel en dehors du trouble de l'adaptation. L'irritabilité et l'agressivité doivent être mises en relation avec le diagnostic de somatisation.

L'anamnèse actuelle suggère un éventuel épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Sont évoqués les trois critères majeurs : humeur légèrement déprimée, énergie vitale absente depuis le 16.05.2018, fatigue modérée, intérêt et plaisirs absents. Il y a aussi quatre critères secondaires: image de soi et confiance en soi absentes, quelques idées dépressives, ralentissement moteur, troubles neurocognitifs. Un syndrome somatique existe alors que la libido est en augmentation. Une anxiété légère, liée à la situation sociale, est également présente. Pas de troubles du sommeil, si ce n'est une hypersomnie, et pas de trouble de l'appétit.

Au status, un important décalage existe néanmoins par rapport à une telle anamnèse. Outre, une perception de soi un peu négative, il n'y a en effet aucun signe dépressif. L'épuisement n'est pas observable. D'autre part, on ne retrouve non plus aucun signe en faveur d'un autre trouble psychiatrique. On ne peut donc objectiver une origine dépressive aux plaintes de l'expertisé.

En résumé, Monsieur K. _____ a développé une somatisation en 2012, compliqué[e] temporairement par un trouble de l'adaptation en 2015, sans autre atteinte psychiatrique.

4.2 Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

Dermatite atopique sur xérose cutanée avec lichénification péribuccale.

Opération méniscale genou droit (1991).

Amygdalectomie (1975).

Rupture du tendon d'Achille gauche traité conservativement (2001).

Zona ophtalmique (2012).

Intolérance au titane, autres métaux et résine dentaire depuis 2011 (ablation de tous les implants dentaires en janvier 2016).

Douleurs musculaires et articulaires multiples d'origine indéterminée depuis 2013.

Helminthiase probable traitée (2017).

Intolérance au lactose (mars 2018).

Tabagisme.

Typhus à l'âge de 3 ans (anamnestique).

Maladie de Buerger vers l'âge de 18 ans.

Fasciculations bénignes.

Somatisation F45.0 depuis 2012

4.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

L'examen de ce jour, en dehors des phénomènes cutanés du visage et une palpation abdominale sensible, est dans les limites de la norme. Il n'y a pas de limitation fonctionnelle.

4.4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Il n'y a pas de troubles de la personnalité.

4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Les ressources sont bonnes. Les difficultés financières peuvent représenter un facteur de surcharge.

4.6 Contrôle de cohérence

Certaines divergences entre les résultats de médecine traditionnelle et ceux de l'homéopathie (maladie de Lyme et allergie au Titane).

On relève une certaine discordance apparemment entre l'importance des plaintes et l'absence d'anomalie objective à l'examen neurologique.

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

100%.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

100%.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

l'assuré, Pour l'instant, l'assuré manque de motivation, mais, selon si l'amélioration persiste, cela pourrait aller.

4.10 Mesures médicales et thérapies avant une incidence sur la capacité de travail

prend la L'expertisé bénéficie d'un suivi psychothérapeutique régulier qui
être installé forme d'un soutien, sans qu'un traitement psychotrope ait pu
régulièrement. »

Le 25 octobre 2018, le Dr C. _____ a indiqué que son patient souffrait toujours de sa dermatose chronique, que son état ne s'était pas amélioré, et qu'il était en cours d'investigations.

Dans un rapport du 9 novembre 2018, la Dre BZ. _____, médecin au SMR, a observé que le SMR « concordait » avec les conclusions de l'expertise, qui était cohérentes avec les éléments médicaux objectifs au dossier.

B. Par projet de décision du 16 novembre 2018, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à des prestations, faute d'atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'AI ni de limitation fonctionnelle.

Le 11 décembre 2018, désormais représenté par Me Alexandre Lehmann, l'assuré a fait valoir ses objections à l'encontre du projet de décision, en exposant pour l'essentiel qu'en raison de son atteinte à la santé, il n'était plus en mesure d'exercer son activité antérieure, pas plus qu'une activité adaptée, expliquant que des médecins venaient de découvrir chez lui une « bactériémie à citrobacter koseri », qui pourrait être responsable des multiples atteintes qu'il a subies depuis 2013. L'assuré a complété ses observations le 1^{er} mars 2019, en faisant notamment valoir une période d'incapacité de travail totale entre le 2 mai 2015 et le 6 janvier 2016 et son impossibilité de reprendre une activité aussi exigeante que celle qu'il exerçait en sa qualité de directeur du J. _____. Dans l'hypothèse où une capacité de travail devait être retenue, seule une activité fondée sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : l'ESS), table 1, serait exigible, avec un abattement de 15 % au

minimum pour tenir compte de ses atteintes à la santé. Après comparaison des revenus, il en résulterait selon lui un degré d'invalidité d'au moins 76 %. Il a enfin contesté les conclusions de l'expertise du U._____, en faisant valoir que son état n'était pas stabilisé, et qu'il y avait lieu de procéder à des investigations complémentaires. Il a dès lors requis l'octroi d'une rente entière à compter du 2 mai 2015, et subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante.

Il a produit avec ses objections complémentaires un rapport du 4 janvier 2019 du Dr T._____, médecin dentiste, qui a expliqué suivre l'assuré depuis le 19 janvier 2018 ; il y avait depuis le 6 décembre 2018 une nette amélioration des lésions cutanées et des douleurs ; la gencive ne présentait pas de signe inflammatoire mais pas encore une bonne cicatrisation. Pour le Dr T._____, il était vraisemblable que des granules de greffe osseuse aient été contaminés par la bactérie (Citro Bacter Koseri), qu'ils se soient disséminés, et servent de noyau à des foyers infectieux, lesquels pourraient être un facteur responsable d'une partie des symptômes du patient.

A l'appui de ses objections, le recourant a également produit un rapport du 15 janvier 2019 de la Dre M._____, spécialiste en infectiologie, qui a fait l'appréciation suivante du cas (sic) :

« 1. Possible infection ostéo-dentaire du maxillaire sup sur ancien site d'implants, probablement à Citrobacter koseri., DD: actinomycose associée?

Présence de fistules chroniques évoluant depuis au moins un an, avec réponse mais rechute rapide à une antibiothérapie seule de Co amoxi 6 semaines.

Il semble nécessaire de combiner un traitement de drainage-curettage-assainissement local (avec reprise de matériel osseux pour cultures bactérienne et actinomyces et hytologie) avec ensuite un traitement antibiotique prolongé ciblant les germes oraux et les germes retrouvés en culture. S'agissant d'un traitement prolongé et vu que le patient a déjà reçu de multiples antibiothérapies, il me paraît important de s'assurer de quelle bactérie est présente de si l'histologie confirme l'ostéite.

Une actinomycose reste tout à fait possible dans ce contexte de tabagisme et consommation d'alcool régulière, de fistulisation chronique et de notion de granules.

2. Systemique mal définis avec atteinte progressive de l'EG: asthénie, polyarthralgie migrante, diarrhées intermittentes, perte de poids, amyotrophie touchant surtout les cuisses.

Je suis beaucoup plus perplexe face à cette symptomatologie qui évolue depuis de nombreuses années avec multiples investigations et avis de spécialiste sans trouver d'étiologie claire. Il a par ailleurs un suivi psychiatrique régulier mais sans amélioration clinique.

Du point de vue infectiologique, je trouve important d'exclure une maladie de Whipple (atteinte articulaire digestive neurologique) par un dépistage par PCR dans salive et selles : si négatif, permet d'exclure cette maladie, si positif, il faudra réaliser d'autres examens pour confirmer. L'amélioration sous antibiotique pourrait bien correspondre à un Whipple. Je vais également répéter un dépistage HIV et Syphilis, mais sinon je n'ai pas d'indication à faire un bilan infectieux plus poussé.

Comme je dois refaire un laboratoire vu une antibiothérapie probable qui se profile pour le problème dentaire, je vais refaire un dosage de la vitamine B12 et folates qui pourrait faire une neuropathie, et redoser les gammaglobulines qui avaient eu été abaissées. »

Le cas a été à nouveau soumis à la Dre BZ. _____ du SMR qui, par avis du 27 mai 2019, a expliqué que le SMR allait faire compléter l'instruction en demandant les résultats des investigations de la Dre M. _____.

Le résultat des examens de la Dre M. _____, du 25 avril 2019, a été transmis à l'OAI le 4 juin 2019. Il en ressort que l'on ne retrouve pas de *Citrobacter koseri*, et que le frottis de la muqueuse jugale supérieure droite est resté négatif pour bactéries et champignons. Quant aux troubles systémiques, elle n'avait toujours pas d'explication infectiologique et ne pensait pas qu'ils puissent être liés à la pathologie dentaire infectieuse. Le patient restait convaincu de souffrir d'une maladie de Lyme. La Dre M. _____ avait alors pris le temps de lui expliquer qu'il n'avait pas les symptômes définissant une maladie de Lyme, que les sérologies étaient négatives, et que le test effectué en Allemagne n'avait aucune valeur scientifique. Il était très affecté par l'absence de diagnostic qui impliquait une absence de reconnaissance sociale et asséurologique de son état. Il avait consulté un pharmacien qui lui avait prescrit des huiles essentielles contre la maladie de Lyme et disait se sentir beaucoup mieux actuellement du point de vue général ; il retrouvait de l'énergie, de la force musculaire, du tonus. Un test urinaire de dépistage de recherche d'une porphyrie était revenu négatif. Par ailleurs, dans une lettre du

30 janvier 2019 au Dr Z._____, également transmise à l'OAI, la Dre M._____ a indiqué que la recherche de maladie de Whipple était négative.

Dans un avis médical du 24 juin 2019, la Dre BZ._____ du SMR a estimé que les éléments médicaux nouveaux apportés au dossier après l'expertise de mai 2018 ne permettaient pas de retenir une atteinte durablement incapacitante.

Par décision du 15 octobre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif qu'il ne ressortait pas des renseignements médicaux en sa possession que l'assuré présentait une atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'AI, ni de limitation fonctionnelle. Dans la mesure où la capacité de travail était entière dans toute activité lucrative, il ne présentait pas d'incapacité de gain, donc d'invalidité, de sorte que des mesures professionnelles n'étaient pas à envisager, et que le droit à la rente n'était pas ouvert. L'OAI a joint un courrier du même jour, dans lequel il a pris position sur les observations de l'intéressé relatives au projet de décision.

C. Par acte du 20 novembre 2019, le recourant, toujours représenté par Me Alexandre Lehmann, a recouru contre la décision de l'OAI auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 2 mai 2015, et subsidiairement à l'octroi de mesures professionnelles. Il fait pour l'essentiel valoir qu'il n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de directeur de [...] qui lui permettait de réaliser un revenu annuel moyen de 300'000 francs. Dans l'hypothèse où une capacité de travail de 100 % lui serait reconnue, le recourant estime que c'est en réalité un revenu d'invalidé de maximum 66'942 fr. 60 qu'il pourrait réaliser compte tenu des atteintes dont il souffre, ce qui aurait dû conduire l'intimé à lui accorder une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 76 %, compte tenu d'un abattement de 15 % sur le revenu d'invalidé. Il plaide encore que ses troubles se sont péjorés postérieurement à l'expertise réalisée auprès du U._____,

laquelle était intervenue alors que son état s'était un peu amélioré à la suite de l'introduction d'un traitement antibiotique. Il soutient qu'il ne ressort pas de l'expertise du U._____ qu'il aurait présenté une capacité de travail entière dans toutes activités dès 2013, comme l'a indiqué la Dre BZ._____ du SMR dans son avis du 9 novembre 2018, les experts ne s'étant pas prononcés sur la période entre 2013 et 2016. Or, depuis le début de ses problèmes de santé en 2013, il n'avait plus fait face à ses obligations professionnelles. Il a en outre soutenu que les 8 heures quotidiennes d'activité retenues par les experts du U._____ n'étaient de loin pas suffisantes pour assumer un poste de direction comme le sien. Il ajoute qu'il ne retrouverait nulle part ailleurs une activité aussi bien rémunérée. S'agissant plus particulièrement de l'expertise, il soutient qu'elle a été réalisée alors que son état n'était pas stabilisé, se référant aux rapports des 15 janvier 2019, 30 janvier 2019 et 25 avril 2019 de la Dre M._____, et faisant par ailleurs état d'investigations en cours. Il en déduit qu'une nouvelle expertise comportant un volet infectiologique aurait dû être mise en œuvre afin de déterminer sa capacité de travail réelle, notamment en milieu professionnel. A titre de mesure d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire avec volet infectiologique, son audition par les juges, ainsi que la mise en œuvre de débats publics.

Dans sa réponse du 9 janvier 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le 5 mars 2020, le recourant a produit une appréciation de la Dre N._____ du 13 décembre 2019 et a confirmé ses moyens de preuve. Le rapport précité de la Dre N._____ a en particulier la teneur suivante :

« 1. Quel est le status/diagnostic ?

Un diagnostic de somatisation F45.0 ne peut pas être catégoriquement retenu actuellement, en raison de l'anamnèse et surtout de la disparition des érosions cutanées du visage lorsque le patient est sous antibiothérapie à large spectre. Durant ces périodes, M. K._____ décrit également une disparition des symptômes subjectifs tels que douleurs musculaires, spasmes musculaires, fatigue, somnolence, vomissements, diarrhées.

2. Dans quelle mesure Monsieur K._____ est-il, selon vous, incapable de travailler dans sa profession antérieure (____) ?

M. K. _____ a été évalué psychiquement apte à travailler à 100% dans son ancienne activité en janvier 2016. Ce sont les récurrences constantes des symptômes somatiques et le parcours d'investigations nombreuses, lesquelles ont toujours montré des pistes infectieuses au point de départ dentaire et gingival, motivant la prescription des antibiotiques précités, qui ont transformé le patient en investigateur personnel de sa maladie (recherches sur internet, consultation de spécialistes de l'allergie au titane, de la maladie de Lyme). De plus, les allergologues, neurologues, parasitologues, infectiologues, dermatologues auxquels il a été adressé n'ont pu se focaliser que sur un récit et une vision partielle du problème. Le mal-être du patient, ainsi que son impulsion à agir dans l'urgence ont amené parfois à des prescriptions faisant l'impasse sur des analyses médicales. M. K. _____ a aussi développé l'attitude de pratiquer l'automédication et de devancer la consultation médicale somatique dans la reprise des antibiotiques. A la fin, il a fini par mélanger les maladies, les agents pathogènes, les symptômes provoqués par tel[le] ou telle infection, la mémoire exacte des enchaînements symptomatiques et thérapeutiques se perdant dans des souvenirs approximatifs, ce qui est normal vu le temps que dure cette situation.

Ce parcours systémique et labyrinthique s'est révélé **invalidant** et bloquant aussi bien pour le patient que les différents médecins. D'où la demande d'hospitalisation dans un but d'examiner et investiguer l'apparition des différents symptômes sans prise d'antibiotiques et sans que le patient puisse sortir du cadre d'observation. Cette hospitalisation aura lieu le 18 décembre 2019.

3. M. K. _____ serait-il capable de travailler dans une activité « adaptée », le cas échéant laquelle, à quel taux et avec quelle perte de rendement ?

Il n'est pas possible de répondre à cette question tant que le patient n'aura pas de constat global, scientifiquement analysé, ainsi que des explications claires et cohérentes au sujet des théories « non fondées sur des preuves » de certains médecins. Cela exigera certainement de faire un réseau en présence des différents spécialistes, et d'être prêt à y consacrer du temps.

Ensuite, lorsque M. K. _____ aura pu comprendre et faire confiance aux conclusions et indications de traitement du réseau, en fonction de toutes les questions qu'il aura pu poser, la question d'une reprise professionnelle pourra devenir le centre de ses préoccupations.

4. Le rapport annexe du Dr. TZ. _____ comporte-t-il, selon vous, des erreurs, lacunes ou contradictions ? Le cas échéant, lesquelles ?

Le rapport d'expertise du Dr. TZ. _____, en fonction des éléments et du temps dont on dispose dans ce contexte d'expertise, ne comporte selon moi aucune erreur, lacunes ou contradictions.

5. Quelle est l'évolution prévisible de l'état de santé de M. K. _____ ?

Cf réponse à la question 3. L'évolution est actuellement imprévisible. »

Le 18 mars 2020, l'OAI a produit un avis de la Dre BZ. _____ du SMR du 17 mars 2020, et a réitéré ses conclusions tendant au rejet du

recours. Dans ce rapport, la Dre BZ._____ a en particulier relevé que le rapport de la Dre N._____ ne fournissait pas de nouveau diagnostic potentiellement incapacitant ni de limitation fonctionnelle objectivable qui puissent lui faire retenir une incapacité de travail survenue après l'expertise de 2018. Quant à la période antécédente, la Dre N._____ ne fournissait pas d'élément médical objectivable pour retenir une incapacité, notamment pour la période litigieuse entre le 2 mai 2015 et le 6 janvier 2016.

D. Une audience de débats publics a eu lieu le 12 octobre 2020, lors de laquelle le recourant a été entendu. Lors de l'audience, le recourant a produit un rapport du 23 septembre 2020 du Dr X._____, spécialiste en allergologie et immunologie clinique, faisant état d'une « très probable immunodéficience commune variable ».

L'OAI s'est déterminé le 29 octobre 2020 sur ce rapport, en renvoyant à un avis du SMR du 27 octobre 2020 joint à ses déterminations, et en confirmant ses conclusions tendant au rejet du recours.

Dans cet avis du 27 octobre 2020, la Dre BZ._____ du SMR a en particulier relevé ce qui suit :

« Il n'est cependant pas possible de retenir le diagnostic proposé par le Dr X._____ sans prendre vision du rapport du Q._____ du 01.01.2020 auquel le Dr X._____ se réfère, ainsi que des rapports de laboratoire des examens biologiques qu'il a lui-même complétés. De plus, il semble y avoir eu un consilium chez le Dr CZ._____, immunologue, en été 2019, dont nous n'avons aucune trace. Rappelons que la Dre M._____, infectiologue, avait recherché un trouble immunitaire et n'avait pas conclu à un diagnostic (rapports médicaux du 15.01.2019, 30.01.2019 et 25.04.2019, GED 04.06.2019). Un complément d'instruction serait nécessaire pour retenir ou écarter le diagnostic d'immunodéficience commune variable, au minimum incluant les pièces mentionnées ci-dessus et éventuellement complété par une expertise immunologique. Sur le plan assurantiel, si le diagnostic d'immunodéficience commune variable devait être retenu, une incapacité de travail depuis 2013 ne serait pas automatiquement admise surtout en absence d'atteintes d'organe chroniques ou séquellaires d'infections sévères. Le diagnostic pourrait expliquer un certain nombre de symptômes qui n'ont pas trouvé de base organique jusqu'à présent, cependant la maladie est susceptible de s'améliorer avec le traitement sans générer d'incapacité dans une activité adaptée.

En conclusion, la nouvelle pièce médicale produite en audience ne permet pas, à ce stade, de changer les conclusions des avis précédents du SMR ».

Le 4 février 2021, le recourant a déposé de nouvelles observations, dans lesquelles il a soutenu qu'une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire, comprenant notamment des volets infectiologiques et immunologiques, devait être mise en œuvre. Il a joint à son envoi un nouveau rapport du Dr X._____, du 24 novembre 2020, dans lequel ce médecin a notamment indiqué ne pas être en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré. Il a toutefois relevé que le déficit d'immunité humorale paraissait suffisamment important pour favoriser des infections chroniques diverses et difficiles à traiter, observant que l'on pouvait espérer que les perfusions d'immunoglobulines amélioreraient l'état de santé du patient, en particulier les états infectieux maxillo-dentaires et les diarrhées chroniques, en combinaison avec les traitements spécifiques (drainage chirurgical, antibiothérapie, traitement antiparasitaire). Le Dr X._____ a noté à cet égard que l'effet de ce traitement serait apprécié dans un délai d'environ 6 mois, soit au printemps 2021.

L'OAI s'est déterminé le 25 février 2021, en produisant un nouvel avis du SMR, auquel il a renvoyé. Dans cet avis du 17 février 2021, la Dre BZ._____ du SMR a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire devait être mise en place, devant au minimum inclure un spécialiste en immuno-allergologie et en psychiatrie (pour réévaluer le diagnostic de somatisation retenu lors de l'expertise de 2018) ; en outre, sur la base des plaintes somatiques principales de l'assuré (fatigue, douleurs musculo-squelettiques, éruptions cutanées, diarrhée chronique), les volets dermatologique, rhumatologique et gastroentérologique pourraient aussi être pertinents, ces aspects pouvant également être éclaircis par l'expert immunologue ou par un spécialiste en médecine interne.

Dans une ultime écriture du 4 mars 2021, le recourant a relevé que la Dre BZ._____ du SMR partageait son avis selon lequel une

nouvelle expertise pluridisciplinaire était nécessaire, proposant à cet effet la désignation de LZ. _____ à défaut la DZ. _____.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette

perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

b) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

5. a) Le recourant fait pour l'essentiel valoir qu'il n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de directeur de [...] qui lui permettait de réaliser un revenu annuel moyen de 300'000 francs. Il

estime que dans l'hypothèse où une pleine capacité de travail devait lui être reconnue, c'est en réalité un revenu d'invalidé de maximum 66'942 fr. 60 qu'il pourrait obtenir compte tenu des atteintes dont il souffre, ce qui aurait dû conduire l'intimé à lui accorder une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 76 %.

Il convient dès lors d'examiner en premier lieu si le recourant présente des atteintes à la santé de nature à l'empêcher d'exercer son activité habituelle et, dans l'affirmative, de quelle nature.

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a estimé qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, avec volets neurologique, psychiatrique et de médecine interne, en mettant en avant le fait que la situation demandait d'être éclaircie, dès lors que malgré les nombreuses consultations auprès de différents spécialistes et tous les traitements entrepris, la symptomatologie et les plaintes du recourant étaient restées les mêmes (cf. avis de la Dre L._____ du SMR du 8 décembre 2017). C'est dans ce cadre qu'une expertise a été attribuée au U._____, qui a chargé les Drs O._____, RZ._____ et TZ._____ d'examiner l'assuré. Ces médecins l'ont reçu à trois reprises, à tour de rôle. Ils ont en outre examiné l'entier du dossier, et y ont fait verser les examens radiologiques ordonnés par le Dr C._____, ainsi que les examens sanguins étendus que la Dre SZ._____ avait sollicités. Les trois spécialistes précités ont ensuite procédé à une évaluation consensuelle du cas, à l'issue de laquelle ils ont estimé que le recourant ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé et conservait une capacité de travail entière dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée.

Ils ont posé un certain nombre de diagnostics (dermatite atopique sur xérose cutanée avec lichénification péribuccale, opération méniscale genou droit [1991], amygdalectomie [1975], rupture du tendon d'Achille gauche traité conservativement [2001], zona ophtalmique [2012], intolérance au titane, autres métaux et résine dentaire depuis 2011 [ablation de tous les implants dentaires en janvier 2016], douleurs musculaires et articulaires multiples d'origine indéterminée depuis 2013,

helminthiase probable traitée [2017], intolérance au lactose [mars 2018], tabagisme, typhus à l'âge de 3 ans [anamnestique], maladie de Buerger vers l'âge de 18 ans, fasciculations bénignes, somatisation [F45.0 depuis 2012]), qu'ils ont discutés. Toutefois, ils ont constaté qu'en dehors des phénomènes cutanés du visage, et d'une palpation abdominale sensible, l'examen était dans les limites de la norme ; ils ont également relevé l'absence de limitation fonctionnelle. S'agissant de la somatisation existant depuis 2012, elle était apparue dans le contexte de difficultés professionnelles, et probablement conjugales, bien que celles-ci restent niées. Ils ont également relevé la présence d'un trouble de l'adaptation apparu en 2015, qui s'était résolu en 2016.

Le recourant plaide en particulier que ses troubles se sont péjorés postérieurement à l'expertise réalisée auprès du U._____, laquelle serait en outre intervenue alors que son état s'était un peu amélioré à la suite de l'introduction d'un traitement antibiotique.

Il est exact que de nouvelles investigations ont été mises en œuvre postérieurement à l'examen du U._____. Or, selon les rapports de la Dre M._____, en particulier celui du 25 avril 2019, il n'y avait pas de *Citrobacter koseri*, et le frottis de la muqueuse jugale supérieure droite était resté négatif pour bactéries et champignons. Cette médecin a en outre exposé au patient qu'il ne souffrait pas d'une maladie de Lyme, car il n'en présentait pas les symptômes, les sérologies étant négatives, et le test effectué en Allemagne n'ayant aucune valeur scientifique.

Le Dr X._____ a cependant fait état d'une « très probable immunodéficiences commune variable » dans son rapport du 23 septembre 2020. On relèvera à cet égard que ce rapport est certes postérieur à la décision attaquée, mais décrit des faits étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation qui prévalait lorsqu'a été rendue la décision attaquée, ce qui justifie qu'il en soit tenu compte (cf. consid. 4b supra). Dans son nouveau rapport du 24 novembre 2020, le Dr X._____ a relevé qu'à ses yeux, le déficit d'immunité humorale paraissait suffisamment important pour favoriser des infections chroniques diverses

et difficiles à traiter ; il ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré. Ce médecin a par ailleurs indiqué espérer que les perfusions d'immunoglobulines améliorent l'état de santé du patient, en particulier les états infectieux maxillo-dentaires et les diarrhées chroniques, en combinaison avec les traitements spécifiques (drainage chirurgical, antibiothérapie, traitement antiparasitaire). Sur ce point, il a précisé que l'effet de ce traitement serait apprécié dans un délai d'environ six mois, soit au printemps 2021. C'est compte tenu de ce rapport, et plus spécifiquement du diagnostic d'immunodéficiência qui y a été posé, que la Dre BZ. _____ du SMR a estimé qu'il convenait de compléter l'instruction, avec mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire devant inclure au minimum un spécialiste en immunologie-allergologie (cf. avis du SMR du 17 février 2021). En effet, ledit diagnostic pourrait expliquer un certain nombre de symptômes, qui n'avaient pas trouvé de base organique jusqu'à présent (cf. avis SMR précité).

Au plan psychiatrique, les experts du U. _____ ont noté qu'il n'y avait pas avant 2018 d'argument en faveur d'un trouble dépressif, même réactionnel, en dehors du trouble de l'adaptation. L'irritabilité et l'agressivité devaient être mises en relation avec le diagnostic de somatisation. Les experts ont exposé en quoi l'anamnèse actuelle suggérait un éventuel épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, en relevant un important décalage au status, puisqu'il n'y avait selon eux aucun signe dépressif. L'épuisement n'était pas observable, et on ne retrouvait non plus aucun signe en faveur d'un autre trouble psychiatrique. Se fondant sur ces observations, les experts ont estimé que le recourant avait développé une somatisation en 2012, compliquée temporairement par un trouble de l'adaptation en 2015, sans autre atteinte psychiatrique. Par la suite, la Dre N. _____, psychiatre traitante, a répondu dans son rapport du 13 décembre 2019 par la négative à la question du conseil du recourant de savoir si le rapport du Dr TZ. _____ comportait des erreurs, lacunes ou contradictions. La Dre N. _____ a toutefois indiqué que l'évolution était imprévisible, et que le patient serait hospitalisé le 18 décembre 2019. Elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail du recourant, relevant en particulier qu'un diagnostic

de somatisation (F45.0) ne pouvait pas être catégoriquement retenu actuellement, en raison de l'anamnèse et surtout de la disparition des érosions cutanées du visage lorsque le patient est sous antibiothérapie à large spectre. Or, ainsi que l'a observé la Dre BZ. _____ du SMR par avis du 17 février 2021, la nouvelle expertise pluridisciplinaire à mettre en œuvre devra comprendre un volet psychiatrique, afin - en particulier - que le diagnostic de somatisation posé par les experts du U. _____ en 2018 puisse être réévalué à la lumière des nouvelles pièces du dossier, étant pour le surplus constant que l'expertise à intervenir fera l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7).

A toutes fins utiles, on notera que sur le plan neurologique, le Dr V. _____ et le Prof. B. _____ n'ont pas retenu d'atteinte significative (cf. rapports des 1^{er} et 14 avril 2015 du Dr V. _____, et du 22 août 2017 du Prof. B. _____). Le Dr O. _____ a fait le même constat. Le recourant ne requiert du reste pas qu'un examen soit effectué à ce niveau.

b) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p.170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou

lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur les points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence, compte tenu des pièces dont l'OAI disposait au moment de rendre la décision litigieuse, il n'a *prima facie* pas violé le droit fédéral en rejetant la demande de prestations. Toutefois, les rapports du Dr X._____ produits en cours de procédure ont mis en évidence la nécessité d'une instruction complémentaire. En effet, dans la mesure où le diagnostic d'immunodéficiência posé par le Dr X._____ n'a, jusqu'alors, pas été évoqué, pas plus que ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, respectivement les conséquences du traitement mis en place sur celle-ci, et que le SMR ne disconvient pas qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire doive être ordonnée, il se justifie de compléter l'instruction de la présente cause, par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, qui inclura un spécialiste en immunologie-allergologie, en infectiologie, et en psychiatrie, le cas échéant en médecine interne. Il y a ainsi lieu 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, puis rende une nouvelle décision.

Les experts veilleront en particulier à se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail du recourant, en indiquant notamment s'ils confirment le diagnostic d'immunodéficiência posé par le Dr X._____, et, dans l'affirmative, si et dans quelle mesure la capacité de travail a été compromise par cette immunodéficiência, ainsi que sur la capacité de travail actuelle après traitement de l'affection, et les éventuelles limitations fonctionnelles en découlant, dans l'activité habituelle, comme dans une activité adaptée.

6. Dès lors que la cause doit être retournée à l'OAI pour complément d'instruction, il n'y a pas lieu en l'état de procéder à une comparaison des revenus avec et sans invalidité, ni d'examiner les griefs soulevés à cet égard par le recourant.

7. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volet infectiologique, son audition par les juges, ainsi que la mise en œuvre de débats publics.

Les débats en question ont été ordonnés. A cette occasion, le conseil du recourant a plaidé la cause de son client. Pour le surplus, la demande d'audition par les juges correspond à une requête de preuve (demande tendant à la comparution personnelle) (cf. TF 9C_833/2011 du 24 mai 2012).

Vu l'issue du recours, il n'y a en outre pas lieu de donner suite à la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

8. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'office intimé, qui succombe.

c) 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), dans la mesure fixée par le tribunal et dont le montant doit être déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. En l'occurrence, il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours

et TVA compris (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 la mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 15 octobre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision dans le sens des considérants.
- 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 une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à K. _____, 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 :

- Me Alexandre Lehmann (pour le recourant),
- 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 :