

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 juin 2022

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Oppikofer et Mme Saïd, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée **H.** _____ SA, à [...], elle-même représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 43 al. 1 et 44 LPGA

E n f a i t :

A. a) G. _____ (ci-après : l'assuré), ressortissant portugais né en 1979, a travaillé en qualité d'imprimeur depuis le 23 avril 2012 pour le compte de Z. _____ SA (ci-après : la société ou l'employeur). Il est en incapacité totale de travail depuis le 14 septembre 2016.

La société est assurée pour la prévoyance professionnelle auprès de la Caisse de pensions F. _____, laquelle a donné le mandat général à H. _____ SA (ci-après : H. _____) de traiter les demandes de prestations dans le domaine de la prévoyance professionnelle.

Dans le questionnaire médical du 22 novembre 2016 destiné à H. _____, le Dr T. _____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que l'incapacité de travail de l'assuré était due à une « omalgie droite d'origine vraisemblablement multifactorielle (tendinopathie de la coiffe et atteinte cervicale) », ainsi qu'à une gonalgie droite mécanique, dont les premiers symptômes dataient du mois d'août 2016, date depuis laquelle l'omalgie était devenue progressivement incapacitante. Il a en outre ajouté qu'il s'agissait d'un problème avec une évolution qui devrait être favorable et qu'il faudrait envisager une reconversion professionnelle si la symptomatologie devait persister.

A compter du 13 décembre 2016, l'assuré a été libéré par H. _____ du paiement de ses primes de prévoyance professionnelle.

b) Le 22 février 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en indiquant souffrir de « fibromyalgie, dépression forte, tendi[n]opathie de la coiffe et atteinte cervicale », précisant que ces atteintes existaient depuis le 14 septembre 2016.

Le 20 mars 2017, Allianz, assureur perte de gain maladie de l'employeur a transmis à l'OAI le dossier médical de l'assuré, dont il ressort notamment les éléments suivants :

- un rapport du 17 octobre 2016 à l'intention d'Allianz, aux termes duquel le Dr T. _____ a posé le diagnostic d'omalgie droite sur tendinopathie calcifiante du supra-épineux, d'apparition spontanée depuis fin août-début septembre 2016 ;

- un rapport du 7 janvier 2017 de la Dre X. _____, médecin praticien, posant le diagnostic d'omalgie droite en lien avec tendinopathie, précisant qu'il s'agissait d'une omalgie pulsatile aggravée par les mouvements, évoluant progressivement depuis plusieurs mois.

Dans un rapport à l'OAI du 28 mars 2017, les Dres E. _____ et [...], spécialistes en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de fibromyalgie, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d'omalgie droite d'origine multifactorielle, de gonalgie droite mécanique et de canal cervical étroit asymptomatique, existant depuis 2016. Le pronostic était dépendant de la bonne gestion des douleurs et d'adaptation de l'assuré à ses nouvelles circonstances de vie, ce dernier bénéficiant d'un traitement antidépresseur et anxiolytique essentiel à l'amendement des symptômes thymiques et à la correction des rythmes biologiques. Selon ces spécialistes, une activité à plein temps était alors impossible, l'activité exercée étant envisageable à condition qu'elle soit adaptée à ses difficultés. Elles ont précisé que l'assuré était alors incapable de travailler en raison des douleurs généralisées non amendées de manière satisfaisante par le traitement et souligné qu'une amélioration de l'état psychique et physique du patient pourrait mener à une augmentation progressive de sa capacité de travail, mais qu'il était trop tôt pour se prononcer.

Dans un rapport à l'OAI du 15 mai 2017, le Dr T. _____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail de fibromyalgie

(depuis décembre 2016), d'omalgie droite probablement d'origine multifactorielle (tendinopathie de la coiffe [depuis septembre 2016] et atteinte cervicale sous la forme d'un canal étroit découvert en novembre 2016) et de gonalgie droite mécanique existant depuis octobre 2016. Il a précisé qu'aucune activité n'était possible en raison de l'état de santé global de l'assuré, précisant que ce dernier était neurasthénique. Il a également indiqué que son examen ne pouvait être complété en raison de la douleur déclenchée par la mobilisation articulaire. Étaient joints à ce rapport :

- un rapport d'IRM du genou droit du 5 octobre 2016 concluant à une Maladie d'Osgood-Schlatter séquellaire, avec caractère fusionné de l'éperon de la tubérosité tibiale antérieure, sans signe d'enthésopathie, de bursite adjacente ou de refracture ;

- un rapport de la Dre P._____, spécialiste en neurologie, du 30 novembre 2016, posant les diagnostics de canal cervical congénitalement étroit asymptomatique et de multiples douleurs articulaires d'origine non neurologiques.

Dans leur rapport à l'OAI du 5 février 2018, les Dres [...] et E._____ ont confirmé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), en précisant que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré, avec aggravation des symptômes dépressifs, malgré l'adaptation du traitement à plusieurs reprises. Elles ont relevé qu'il présentait un risque suicidaire important, raison pour laquelle elles étaient en train d'organiser une hospitalisation en milieu psychiatrique. Selon ces praticiennes, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité, en tout cas depuis le début des consultations en février 2017. Sur le plan des limitations fonctionnelles au niveau psychique, elles ont relevé ceci :

« Troubles du sommeil - le patient présente des cycles d'insomnie totale, intercalés avec des périodes d'hypersomnie diurne - ce qui a un impact sur sa capacité de concentration et d'attention. Ses capacités cognitives sont également diminuées en raison de son état dépressif. Il présente une fatigue accrue, avec d'incessantes ruminations en lien avec un sentiment de ruine et une inquiétude par rapport à son avenir. Toute rapport interpersonnel est

actuellement source de stress pour le patient, qui n'a pas de capacité d'adaptation ou de gestion de changements inhérents à un cadre de travail.

Les conditions d'un cadre professionnel, quel qu'il soit en ce moment, pourraient contribuer à la péjoration des symptômes dépressifs, voire à l'augmentation du risque auto-agressif ».

Dans un rapport du 14 mai 2018, le Dr T. _____ a réitéré les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif, soulignant que l'évolution depuis son dernier rapport était défavorable. Selon ce praticien, la capacité de travail était nulle dans toute activité et l'assuré toujours neurasthénique. S'agissant plus particulièrement du diagnostic de fibromyalgie, le Dr T. _____ a indiqué que les critères ACR, mais également les critères de WOLFE étaient remplis (score : 28). Il a en outre mentionné que l'assuré avait été hospitalisé à l'hôpital psychiatrique de [...] du 5 février au 1^{er} mars 2018, ainsi que deux semaines début mai à la Clinique [...].

Dans un avis médical du 2 juillet 2018, le [...] du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a requis du gestionnaire de l'OAI qu'il obtienne une copie des lettres de sortie des établissements précités, précisant qu'il convenait également de réinterroger le Dr T. _____ d'ici trois mois.

Le Dr T. _____ a répondu, le 12 février 2019, aux questions qui lui avaient été posées par l'OAI le 11 décembre 2018. Il a ainsi indiqué que l'état de santé de l'assuré évoluait défavorablement depuis mai 2018, que le patient était neurasthénique avec des douleurs cutanées, musculaires et articulaires diffuses et que la capacité de travail demeurait nulle dans toute activité et aucune activité n'était possible. Le Dr T. _____ a en outre relevé que l'assuré se trouvait dans un état psychiatrique très délicat avec un risque de « geste extrême » et qu'il convenait de tenir compte de sa situation psychiatrique.

Par projet de décision du 27 juin 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2017.

Dans un rapport médical du 24 juin 2019, indexé par l'OAI le 27 juin 2019, les Dres [...] et [...], médecin assistante, ont fait savoir que l'état de santé de l'assuré était superposable au dernier rapport, l'intéressé présentant des fluctuations de l'humeur avec un « cadre dépressif assez marqué malgré les adaptations de traitement ». Elles ont considéré sa capacité de travail était toujours nulle dans toute activité. S'agissant des limitations fonctionnelles, elles ont relevé que l'assuré présentait toujours des troubles du sommeil sous forme de cycles d'insomnie total, intercalés avec des périodes d'hypersomnie diurne, ce qui avait un impact important au niveau de son énergie. Elles ont relevé qu'il présentait une fatigue chronique qui pouvait être aussi influencée par son état clinique somatique. Hormis la fatigue, les Dres [...] et [...] ont relevé une diminution des capacités cognitives, diminution de la capacité de concentration et d'attention, ainsi que des troubles mnésiques. Selon ces praticiennes, l'assuré était toujours dans l'incapacité d'une adaptation ou de gestion de changement inhérent à un cadre de travail, il présentait aussi, par périodes, une irritabilité facile avec crises de colère, son état dépressif l'empêchait d'être pragmatique, de pouvoir prioriser des tâches et d'organiser son temps ; il éprouvait parfois des difficultés à maintenir son hygiène personnelle, ainsi qu'une difficulté dans les déplacements.

En date du 9 juillet 2019, H._____ a déposé une « opposition préventive » contre le projet de décision précité.

Le 17 septembre 2019, H._____ a adressé à l'OAI la motivation de ses « objections », à l'appui de laquelle elle a en substance mis en lumière les incohérences du dossier et requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Pour ce faire, elle s'est fondée sur l'appréciation de son médecin-conseil, le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont la prise de position du 11 septembre 2019, a la teneur suivante (sic) :

« La perception médicale actuelle doit être interprétée comme suit. Les symptômes douloureux antérieurs, diffus et somatiques sont probablement en majorité dus aux troubles dépressifs. Le traitement

des troubles dépressifs qui ont été diagnostiqués à l'époque ont débuté au CHUV en février 2017. Il n'a apparemment pas été possible d'améliorer l'état général, ce malgré des mesures de traitements ambulants, stationnaires, psychiatriques et psychopharmacologiques. Au contraire, celui-ci s'est aggravé.

Un aperçu exact du descriptif des dysfonctionnements et du traitement est possible dans le rapport du CHUV du 24 juin 2019 :

Il est à nouveau argumenté un épisode sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2). Il est constaté une incapacité continue de 100%. La description des limitations fonctionnelles n'est pas compréhensible (chapitre 5).

Des troubles du sommeil sous forme de nuit avec des insomnies totales, avec des épisodes de somnolences diurnes sont mises en avant. Les somnolences auraient comme effet à se limiter sur les capacités cognitives. C'est la raison pour laquelle il n'est pas possible que le client puisse effectuer en général une activité. Il subsiste également une irritabilité augmentée avec des tendances d'accès de colère.

D'un point de vue de médecine d'assurance, les questions exigées pour le jugement de l'état donné et la gravité des troubles dépressifs postulés sont :

Les médecins traitants définissent comme symptôme central la faiblesse d'impulsions sur la base des insomnies, lesquelles par la suite conduisent à des diminutions de rendement cognitifs. Le sommeil est la plupart du temps dérangé. Le dérangement peut être accompagné de "symptômes somatiques" contre le réveil précoce, sommeil profond du matin, inhibitions psychomotrices entre autres. L'argumentation des médecins traitants, mentionnant que les troubles du sommeil occasionnent les symptômes centraux, sont pour le moins atypiques. Dans toutes les règles il est considéré que les troubles du sommeil sont liés à un phénomène codépressif. De ce point, des doutes sont émis quant aux troubles dépressifs de telle façon marqués et reconnus, car les symptômes propres au diagnostic sont secondaires ou pas du tout nommés.

Apparemment il n'y a pas encore eu de clarifications neurologiques des troubles du sommeil. Il n'y a pas non plus de recherches dans un laboratoire du sommeil mentionnés dans le dossier.

Les circonstances décrites posent également une autre contradiction, d'après laquelle une irritabilité augmentée est constatée par des tendances aux accès colériques : si déjà, cette symptomatique se rencontrerait plutôt dans le cadre d'un trouble dépressif agité. Il est constaté chez l'assuré un manque d'impulsion, une maladie dépressive avec des restrictions de la perception/cognition et sans symptômes psychotiques donnés, ce due à la fatigue. La symptomatique décrite contredit ainsi une irritabilité augmentée, car celle-ci présuppose une vigilance augmentée (état d'alerte). Dans le cas décrit, il est fait état d'un statut contraire.

[...]

Il y a également des contradictions dans la médication : quand un trouble dépressif sans symptôme psychotique est diagnostiqué, l'antipsychotique Risperdal est prescrit en dose considérable. Une

indication pour ce médicament ne se laisse pas percevoir sur la base de l'état décrit.

La prise quotidienne du Benzodiazepin Stilnox qui rend dépendant n'est pas indiqué en dose plutôt forte. Selon Compendium la prise doit avoir lieu seulement de façon transitoire et idéalement ponctuelle. Il s'agit là d'une prescription erronée. Il est possible qu'il y ait une dépendance à la Benzodiazepin suite à cette prise de médicament. Une prise durable conduit typiquement à des insomnies et des somnolences diurnes.

D'autres médicaments prescrits et qui provoquent des insomnies sont Lyrica, Trittico, Atarax. Ainsi ce sont en tout cinq des médicaments prescrits qui ont comme effet secondaire récurrent la fatigue. La médication prescrite a comme conséquence que le symptôme principal de troubles du sommeil et de fatigue diurne est plutôt accentué que réduit.

L'indication de la prescription est à mettre en casue et doit être vérifiée. Il est possible qu'il y ait une symptomatique iatrogénique (co-) provocante.

Il se pose par ailleurs la question si l'assuré prend vraiment les médicaments dans les doses prescrites. Des contrôles sanguins ne sont pas documentés, ce malgré le manque d'effet des médicaments ».

Dans un avis médical du 21 octobre 2019, le [...], du SMR, s'est déterminé sur la prise de position du médecin-conseil. Il a notamment indiqué que contrairement au Dr [...], il ne relevait pas de contradiction par rapport au tableau clinique qui associait insomnie, hypersomnie diurne et accès colérique, précisant que l'irritabilité marquée était reconnue comme symptôme d'accompagnement de l'état dépressif surtout chez l'homme. Sur le plan pharmacologique, il a mentionné que toutes les molécules étaient prescrites dans le dosage recommandé par le fabricant et que le dosage pouvait s'expliquer par la symptomatologie psychiatrique tenace à des dosages inférieurs. Il a conclu que l'assuré présentait une atteinte psychiatrique encore manifeste associée à une atteinte somatique, les deux étant totalement incapacitantes indépendamment l'une de l'autre, raison pour laquelle un examen bidisciplinaire n'avait pas été jugé nécessaire ; il a précisé que la symptomatologie décrite et le tableau clinique étaient cohérents. Selon le Dr [...], les limitations fonctionnelles étaient telles à empêcher toute activité, indépendamment de l'origine de l'affection.

Par décision du 9 mars 2020, l'OAI a confirmé son projet de décision. A l'appui de son courrier explicatif accompagnant la décision, l'office a en substance repris les conclusions du SMR du 21 octobre 2019.

B. Par acte du 11 mai 2020, F. _____ (ci-après : la recourante) a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Sur le fond, elle a en substance reproché à l'OAI de ne pas avoir examiné la possibilité d'une reconversion professionnelle et d'avoir renoncé à compléter l'instruction médicale, notamment sous la forme d'une expertise, ou à tout le moins, d'une évaluation par le SMR. Elle a en outre relevé que les rapports médicaux relatifs aux hospitalisations survenues au printemps 2018 n'ont pas été versés au dossier.

Dans sa réponse du 2 juillet 2020, l'OAI (ci-après : l'intimé) a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, renvoyant pour l'essentiel à l'avis SMR du 21 octobre 2019.

Par réplique du 16 octobre 2020, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle a joint à son écriture les documents suivants :

- un rapport d'« expertise rhumatologique de dossier », adressée à H. _____ et réalisée le 4 octobre 2020 par le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, posant les diagnostics de douleurs généralisées chroniques sans cause organique/structurelle, d'omalgie droite sur tendinopathie de la coiffe calcifiante, de discopathie cervicale modéré au niveau C5/6 avec canal cervical étroit modéré sans signes d'atteinte de racine nerveuse et de gonalgie droite femoropatellaire (maladie d'Osgood-Schlatter séquellaire sans signe d'inflammation active). La rubrique « appréciation médicale » du rapport d'expertise a la teneur suivante :

« 7. APPRECIATION MEDICALE ET DE MEDECINE D'ASSURANCE

La maladie du patient a commencé en 09/2016 avec des douleurs d'épaule droite à cause d'une tendinopathie de la coiffe calcifiante, vérifiée par échographie et IRM. Normalement cela provoque des douleurs en levant le bras de côté ; l'examen clinique montre des signes d'impingement. Dans le dossier le Dr. T._____ constate seulement une « mobilité réduite de l'épaule droite » sans décrire des tests spécifiques. Dans la règle, ces douleurs diminuent largement après une infiltration subacromiale, qui chez le patient semble avoir un effet nul.

En 10/2016 il a souffert aussi de douleurs au genou droit antérieur ; les examens radiologiques montraient seulement une Maladie d'Osgood-Schlatter séquellaire avec un éperon osseux fusionné à la tubérosité tibiale antérieure, qui normalement n'a pas de relevance clinique à part une inflammation passagère après un traumatisme ou une charge lourde. L'IRM chez le patient ne montrait par contre pas de signes d'inflammation locale.

En 10/2016, il se plaint en plus de douleurs et paresthésies du bras droit ; l'IRM montre une discopathie C5/6 avec un canal cervical étroit modéré et aussi une sténose foraminale modérée au niveau C6/7 avec possible atteinte de la racine C7. Un examen neurologique ne trouve pourtant pas de signes d'une symptomatologie de racine, ni cliniquement, ni l'ENMG. En plus, la mobilité cervicale est décrite comme normale.

En 12/2016 les douleurs s'épandent diffusément dans pratiquement tout le corps avec une augmentation de l'intensité jusqu'au 05/2017, où en parle aussi d'hyperalgésie et d'allodynie diffuse, le patient marche à l'aide de deux béquilles. Cette évolution mène au diagnostic de Fibromyalgie. Ce diagnostic est basé sur 1) des douleurs chroniques diffuses, 2) un questionnaire positif du « wide spread pain index » et du « symptom severity score » (qui ne sont pas été effectués chez le patient) et 3) exclusion d'autres maladies comme cause de douleurs. Cela montre, que le Fibromyalgie est plutôt un diagnostic descriptif avec beaucoup de symptômes non spécifiques.

Par contre, une hyperalgésie ou allodynie diffuse n'est pas typique pour la fibromyalgie, et aussi les patients souffrant de cette maladie (qui sont beaucoup plus souvent des femmes avec une relation de 7:1), lesquelles ne doivent pratiquement jamais utiliser des béquilles ou d'autres aides pour marcher. Aussi, la remarque du Dr T._____ du 15-05-2017, que « l'examen ne peut pas être complété en raison de la douleur déclenchée par la mobilisation articulaire » n'est pas du tout typique de la fibromyalgie, parce que l'examen des articulations y est d'habitude complètement normal. Ces symptômes ne sont donc pas typiques, avec en plus un comportement de douleur partiellement inadéquat, qui me fait considérer d'autres diagnostics comme une maladie somatoforme, mais aussi une nette aggravation volontaire.

En plus la fibromyalgie, et aussi d'autres maladies de douleurs chroniques, ne répondent d'habitude pas au traitement avec des analgésiques, inclus les opiate, qui sont considérés comme contre-indiqués dans ces cas à cause de leurs effets secondaire et le potentiel de dépendance. La question reste nébuleuse, pourquoi presque tous ces opiate puissants (Palexia, Targin, Morphine) ont été prescrits à G._____. En plus il est peu vraisemblable et peu crédible, que le patient a pris tous les médicaments prescrits en

même temps (par exemple : Fluoxetine 60mg par jour, Lyrica 450 mg par jour, Ritroveil gouttes 3 fois par jour, Risperdal 2 mg par jour, Trittico 150 mg par jour, Morphine 20 gouttes à 2% 4 fois par jour).

Toutes les maladies de douleurs chroniques sans cause claire somatique ne mènent pas forcément à une incapacité de travail ; la seule perception de douleurs (qui est très individuelle) ne justifie pas une incapacité, surtout à l'aune de l'appréciation de la médecine d'assurance.

Du point de vue rhumatologique, on peut estimer, qu'il y a une certaine diminution de la capacité de travail qualitative (possibilité de changer la position du corps fréquemment, limite de poids à lever ou porter), mais pas forcément quantitative.

Les autres diagnostics justifient aussi au maximum une restriction qualitative pour des travaux fréquents au-dessus de la tête à cause de la tendinopathie de la coiffe de l'épaule droite et la discopathie cervicale modérée.

Sur le plan rhumatologique il est possible qu'il y ait une incapacité de travail aussi dans une activité adaptée, mais qui n'excède pas les 20% (à cause de la nécessité de pauses plus fréquentes), ce qui donne une capacité de travail d'au moins 80%. Il n'existe pas de signes objectifs, qui justifient une plus haute incapacité du point de vue rhumatologique.

Ainsi, à cause des diagnostics différentiels contenus dans le dossier pour la symptomatologie dominante, pour les douleurs chroniques (Fibromyalgie, Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, Syndrome douloureux somatoforme persistant), comme cause de l'incapacité de travail, il est à mon avis absolument nécessaire, de clarifier le diagnostic dans une expertise indépendante bi-disciplinaire (Rhumatologie, Psychiatrie), ce qui n'a pas été fait ».

- un rapport du 28 mars 2017 du Prof. [...], chef de service du département de l'appareil locomoteur du [...], concluant à un tableau de syndrome généralisé douloureux chronique et relevant chez l'assuré des plaintes douloureuses multiples, une douleur réellement généralisée à l'ensemble du corps et augmentée à la palpation, même douce, quelle que soit la zone. Le Dr Benaïm a en outre noté une limitation de la mobilisation active du rachis cervical dans toutes les directions, notamment les inclinaisons. Il a en outre relevé que tout le corps souffrait à la moindre mobilisation, ce qui avait empêché de procéder à un examen complet.

Dupliquant le 3 décembre 2020, l'intimé a confirmé ses conclusions, relevant que même si son évaluation de l'aspect somatique était contestée, de nouvelles mesures d'instruction ne se justifiaient pas.

Elle a rappelé que lors de l'analyse du 21 octobre 2019, le SMR avait relevé que l'assuré présentait une atteinte psychiatrique associée à une atteinte somatique, que ces deux atteintes étaient totalement incapacitantes indépendamment l'une de l'autre, raison pour laquelle un examen bidisciplinaire n'avait pas été jugé nécessaire. Elle a considéré que les nouveaux documents médicaux n'étaient pas de nature à remettre en cause son appréciation de la situation sur le plan psychiatrique, soit la constatation d'une incapacité de travail totale sur ce plan, en tout cas jusqu'à la date de la décision litigieuse.

A l'appui de ses déterminations spontanées du 19 janvier 2021, la recourante a réitéré ses conclusions, indiquant notamment que l'OAI procédait actuellement à une révision de la rente de l'assuré, qu'en date du 11 novembre 2020, le service juridique de l'intimé avait demandé l'avis du SMR et que ce dernier avait, le 13 novembre 2020, par l'intermédiaire du Dr [...], concédé que le diagnostic de fibromyalgie pouvait être remis en cause, avis que l'OAI n'avait pas suivi à l'appui de son avis juriste du 27 novembre 2020. Elle a notamment produit à l'appui de ses déterminations :

- le mandat juridique établi le 11 novembre 2020 par l'OAI, transmettant au SMR les trois rapports médicaux annexés à la réplique et lui demandant s'ils amenaient des éléments objectifs qui seraient de nature à jeter un doute sérieux sur la décision attaquée, respectivement si une expertise bidisciplinaire était nécessaire ;

- un avis médical établi le 13 novembre 2020 par le Dr [...] du SMR, dont la teneur est la suivante :

« Conclusion : Au vu des nouvelles pièces médicales au dossier, il semble que le diagnostic de fibromyalgie pourrait être remise en cause. De manière plus globale, nous relevons également que nous ne disposons que de peu d'éléments en lien avec les répercussions de la symptomatologie algique et dépressive sur les différents domaines de la vie de l'assuré. De même, une analyse des ressources n'a manifestement pas été effectuée. Dès lors, l'indication à procéder à une expertise semble cohérente ».

- un « avis juriste » établi le 27 novembre 2020 par l'intimé, dont il ressort que, malgré les conclusions précitées du SMR, ce même service avait conclu, dans son avis du 21 octobre 2019, que l'assuré présentait, outre l'atteinte somatique, une atteinte psychiatrique totalement incapacitante, qu'il n'y avait pas de nouvelles pièce sur le plan psychiatrique et qu'il n'y avait dès lors pas d'argument pour modifier la position de l'intimé concernant l'atteinte psychiatrique, qui justifiait à elle-seule une incapacité de travail totale en tout cas jusqu'à la date de la décision.

En date du 8 février 2021, l'intimé a fait savoir à la Cour de céans que les déterminations du 19 janvier 2021 n'étaient pas de nature à lui faire changer de position. Elle a expliqué que la décision attaquée reposait sur l'appréciation faite par le SMR de la capacité de travail de l'assuré et qu'on ne saurait donc parler d'une « position intenable » de leur Office sur la base des « quelques doutes émis à [leur] intention par le SMR dans le cadre de la présente procédure de recours ».

Par courrier du 7 avril 2021 adressé à la Cour de céans, l'assuré a fait valoir son point de vue personnel sur son cas.

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) Le droit fédéral reconnaît, à certaines conditions, la qualité pour recourir d'un assureur tiers, lorsque la décision d'un assureur touche

l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations. Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est ainsi tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (voir également l'art. 57a al. 2 LAI). La jurisprudence a précisé qu'un assureur est touché par une décision rendue par un autre assureur, lorsqu'il se trouve dans un rapport particulier et spécialement étroit avec l'objet du litige et que, partant, ses intérêts de fait ou de droit sont particulièrement affectés par la décision (ATF 144 V 29 consid. 3 ; 132 V 74 consid. 3.1).

c) En l'occurrence, H. _____ conteste notamment la capacité de travail retenue, et par conséquent le bien-fondé et la hauteur de la rente de l'assurance-invalidité allouée à G. _____. Ce dernier était en outre assuré pour la prévoyance professionnelle auprès de la recourante en septembre 2016, date retenue par l'OAI pour la survenance de l'incapacité de travail durable ouvrant le droit à la rente. Dans la mesure où certaines des constatations et appréciations de l'OAI sont en principe contraignantes à l'égard de la recourante s'agissant du droit à la rente, notamment au regard des conditions minimales de la prévoyance obligatoire, il y a lieu de lui reconnaître qualité pour recourir.

d) Le recours a en outre été déposé en temps utile - compte tenu des feries prolongées en raison du COVID-19 (cf. ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RS 173.110.4) - 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 respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

e) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO

2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201, modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2. Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail et de son taux d'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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne

droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

b) 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).

Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

5. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; ATF 137 V 210). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il

convient 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

6. En l'occurrence, l'intimé a fondé sa décision du 9 mars 2020 sur les conclusions du SMR du 21 octobre 2019, aux termes desquelles le Dr [...] a considéré que les atteintes psychiatrique et somatique dont souffre l'assuré étaient totalement incapacitantes indépendamment l'une de l'autre et qu'il n'y avait dès lors pas lieu de procéder à un examen bidisciplinaire chez un assuré qui était de toute manière en incapacité totale de travailler. Ce raisonnement ne saurait toutefois être suivi.

Il ressort en effet des pièces au dossier que son instruction par l'intimé est lacunaire, à bien des égards.

En premier lieu, le diagnostic de fibromyalgie, sur lequel l'intimé s'était basé pour reconnaître une pleine incapacité de travail de l'assuré, initialement posé par les médecins traitants de l'intéressé, soit les Drs [...] et [...], a été remis en question par le Dr Ochsenbein, rhumatologue, dans son rapport d'exertise de dossier du 4 octobre 2020. Ce dernier a en effet relevé que le diagnostic de fibromyalgie était basé sur les douleurs chroniques diffuses, un questionnaire positif du « wide spread pain index » et du « symptom severity score » qui n'avaient en réalité pas été effectués sur le patient, ainsi que sur l'exclusion d'autres maladies, et qu'il s'agissait dès lors d'un diagnostic descriptif avec beaucoup de symptômes non spécifiques. A cet égard, il a relevé que certains symptômes de l'assuré – soit notamment le fait de devoir utiliser des cannes pour se déplacer ou les douleurs déclenchées par la mobilisation articulaire – n'étaient pas du tout typiques de la fibromyalgie. Il pense qu'il faut considérer d'autres diagnostics comme une maladie somatoforme, mais aussi une nette aggravation volontaire. Le Dr [...] a indiqué que la seule perception des douleurs par l'intéressé ne justifiait pas à elle seule une incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, le Dr [...] a ainsi remis en cause la totale incapacité de travail de l'assuré, estimant que celui-ci devrait être capable de travailler, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à 80 %, précisant qu'il n'existait pas de signes objectifs qui justifiaient une plus haute incapacité de travail de ce point de vue. Selon ce praticien, à cause des diagnostics différentiels contenus dans le dossier pour les douleurs chroniques comme la cause de l'incapacité de travail, il était nécessaire de clarifier le diagnostic par la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

Cette expertise, qui contient une appréciation de la situation médicale claire et des conclusions bien motivées, si elle ne permet pas de poser avec certitude un diagnostic et d'arrêter la capacité de travail résiduelle de l'assuré, suffit à remettre en cause l'appréciation faites par les médecins traitants. A cela s'ajoute que le Dr [...] n'est pas le seul praticien à poser un diagnostic différent de celui des médecins traitants. En effet, dans son rapport du 28 mars 2017 - lequel ne figure pas au dossier de l'OAI et n'a pas été versé au dossier qu'à l'appui de la réplique du 16 octobre 2020 - le Dr [...] a considéré que l'assuré présentait un tableau de syndrome généralisé douloureux chronique et non de fibromyalgie. De l'avis même du SMR (cf. avis du 13 novembre 2020), le diagnostic de fibromyalgie pourrait être remis en cause. Le Dr [...] a également concédé que l'intimé disposait en réalité que de peu d'éléments en lien avec les répercussions de la symptomatologie algique et dépressive sur les différents domaines de la vie de l'assuré et qu'une analyse des ressources n'avait pas été effectuée. Malgré les conclusions sans équivoque de son service médical, l'intimé a considéré que sa décision devait être maintenue et qu'aucune investigation supplémentaire n'était nécessaire. Or il est patent de constater que l'instruction médicale est lacunaire et qu'une expertise est indispensable afin de clarifier le diagnostic, la capacité de travail de l'assuré ainsi que les répercussions des atteintes sur les différents aspects de la vie de l'intéressé, aucun élément médical figurant au dossier ne respectant les critères posés par la jurisprudence.

Cela est également vrai pour les troubles psychiques dont souffre l'assuré. A cet égard, on relèvera que l'atteinte psychiatrique sur lequel se fonde l'OAI pour déclarer l'assuré en incapacité totale de travail n'a pas été réellement investiguée et que l'instruction sur le plan psychiatrique est insuffisante. En effet, les psychiatres traitants ont diagnostiqué, depuis 2017, un état dépressif sévère sans syndrome psychotique. Dans leur rapport de juin 2019, ils ont indiqué que l'état était superposable au précédent, soit celui de février 2018. Or, entretemps, l'assuré a été hospitalisé à [...], ainsi qu'à la Clinique [...], sans que l'on dispose d'un rapport de ces établissements alors qu'il avait été question de leur demander la lettre de sortie (cf. avis médical du SMR du 2 juillet 2018). En outre, le diagnostic posé par les médecins traitants a été remis en cause de manière convaincante par le Dr [...] (cf. appréciation du 11 septembre 2019). Partant, avec la recourante, on doit considérer qu'une expertise, tout au moins un examen disciplinaire, aurait dû être mis sur pied pour investiguer plus avant la question psychiatrique étant précisé que la limitation de la capacité de travail sur ce plan n'a jamais été examinée à la lumière des indicateurs et de la procédure probatoire structurée. Il conviendra également d'investiguer la question de la médication prescrite à l'assuré afin de déterminer si, comme le soutient le Dr [...] dans son rapport du 11 septembre 2019, cette dernière peut avoir une répercussion ou un lien avec les symptômes présentés par l'assuré, soit les troubles du sommeil et la fatigue chronique.

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que les nouveaux éléments médicaux au dossier mettent en doute la fiabilité et la pertinence des conclusions de l'OAI. Dans ces conditions, ledit office ne pouvait pas statuer sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité sans procéder à des investigations supplémentaires. En l'état du dossier, qui s'avère lacunaire, la Cour de céans n'est pas non plus en mesure de trancher le cas. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, 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 complète l'instruction, puis prenne une nouvelle décision. Il

incombera ainsi à l'OAI de mettre en œuvre une expertise, ou à tout le moins un examen SMR, qui comportera un volet psychiatrique et rhumatologique, conformément à l'art. 44 LPGA, – étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par les experts –, ceci afin d'obtenir un tableau médical complet de l'état de santé de l'assuré sur les plans somatiques et psychiques, le cas échéant à l'aide d'une procédure probatoire structurée (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 ; TF 9C_106/2019 du 6 août 2019 consid. 2.3.3). Il reviendra en particulier de poser les diagnostics, de préciser l'intensité et la nature des atteintes, tout en tenant compte des traitements mis en place, et de déterminer précisément le caractère invalidant de ces atteintes, en exposant quelle serait la capacité de travail en résultant compte tenu de la compliance aux dits traitements.

7. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle statue conformément aux considérants qui précèdent.

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, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Bien que la recourante obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre à des dépens de la part de l'intimée. En effet, l'assureur social – ainsi que l'institution de prévoyance professionnelle qui recourt contre une décision de rente d'un office de l'assurance-invalidité (Métral, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n° 100 ad art. 69 LPGA) – qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où la partie demanderesse a agi de manière téméraire ou témoigne de légèreté, ce qui n'est pas le cas en

l'espèce (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également TF 8C_760/2008 du 30 avril 2009 consid. 6).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 9 mars 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour 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. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Didier Elsig (pour F._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,
- G._____,

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 :