

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 août 2021

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et M. Küng, assesseur  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 43 LPGA.**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, sans formation professionnelle, est arrivé en Suisse en 2010. Il a notamment exercé une activité lucrative d'ouvrier de construction de voies ferrées, par le biais d'une agence de travail temporaire, dès juin 2013.

Le 8 août 2013, l'assuré a été admis à l'Hôpital cantonal [...] alors qu'il présentait des céphalées inhabituelles et brutales assorties d'une otalgie à droite, d'un état fébrile, d'une confusion et de troubles langagiers. Il a été traité pour une lésion démyélinisante temporale gauche et pour une otite moyenne aiguë. L'évolution a été décrite comme favorable sous corticothérapie et antibiothérapie, permettant sa sortie de l'hôpital le 28 août 2013 (cf. rapport de l'Hôpital cantonal [...] du 3 septembre 2013).

L'assuré a été réhospitalisé en urgence au sein du Service de neurologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_, du 8 au 19 septembre 2013, en raison d'une récurrence des céphalées et de vertiges. Un nouveau bilan d'imagerie a montré la stabilité de la lésion temporale gauche mais l'apparition d'autres lésions d'allure démyélinisante, notamment temporale droite, alors que l'analyse du liquide céphalorachidien a mis à jour une très discrète méningite lymphocytaire. A l'issue de ce séjour, le diagnostic de probable encéphalomyélite aiguë disséminée (ADEM) post-infectieuse a été posé. L'évolution a été spontanément favorable, sans autre traitement qu'une antalgie. La capacité de travail était restaurée dès le 28 septembre 2013 (cf. rapport du 9 octobre 2013 et du 11 novembre 2014 du Service de neurologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_).

L'assuré a été hospitalisé une troisième fois du 16 janvier au 28 février 2014 à [...], pour récurrences de céphalées et méningisme. L'imagerie cérébrale n'a pas révélé de nouvelle lésion, mais la persistance

d'une discrète méningite lymphocytaire à la ponction lombaire (cf. rapport du Centre hospitalier universitaire [...] du 28 février 2014).

**B.** B.\_\_\_\_\_ a requis des prestations de l'assurance-invalidité par dépôt du formulaire ad hoc, le 19 septembre 2014, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Dans un rapport à l'OAI du 18 décembre 2014, le Dr F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a mentionné les diagnostics incapacitants d'une encéphalomyélite depuis l'été 2013 et d'une épilepsie depuis 1978. De son point de vue, l'activité de monteur de voies ferrées n'était plus exigible. En revanche, un travail très léger et sans stress pouvait être envisagé, dont le taux ne pouvait être précisé. Le pronostic était toutefois mauvais (cf. également : rapport non daté de ce praticien, réceptionné le 27 mai 2015, à la suite de questions posées par l'OAI).

A la demande de l'OAI, le Service de neurologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait présenté une crise d'épilepsie généralisée en février 2015. L'appréciation de sa capacité de travail demeurait inchangée (cf. rapport non daté, réceptionné par l'OAI le 13 juillet 2015).

Ce même service a fait part d'une évolution favorable, sans récurrence comitiale, avec un état de santé stable, à la demande de l'OAI du 26 octobre 2015. La capacité de travail de l'assuré devait être corrélée avec des troubles mnésiques verbaux importants, mis en évidence par un examen neuropsychologique (cf. rapport non daté, parvenu à l'OAI le 23 novembre 2015).

L'assuré a été suivi par la Consultation spécialisée d'épileptologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_, laquelle a également relaté une évolution favorable, sans récurrence comitiale. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale et un électro-encéphalogramme (EEG) étaient rassurants. Le maintien d'une bonne hygiène de vie était

conseillé (cf. rapport de la Consultation d'épileptologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2015).

L'assuré a été pris en charge sur le plan psychiatrique à compter du 23 septembre 2016 au sein de la Consultation de psychiatrie [...], laquelle l'a adressé au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_, aux fins d'évaluation. La Prof. J.\_\_\_\_\_, cheffe de service, assistée d'un psychologue, a effectué dite évaluation le 13 février 2017 et communiqué son rapport le 15 février 2017. Elle a retenu que les performances de l'assuré étaient stables et superposables à celles précédemment observées à la Consultation d'épileptologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_. Il persistait des difficultés sur le plan attentionnel (ralentissement de la vitesse de traitement et difficultés en attention partagée) et exécutif (flexibilité mentale, planification et inhibition verbale) chez un patient présentant des scores significatifs sur le plan de l'anxiété et de la dépression, auxquelles s'ajoutait l'objectivation d'une perturbation mnésique antérograde verbale (difficultés de récupération). D'un point de vue strictement neuropsychologique, la conduite automobile apparaissait contre-indiquée et la capacité de travail diminuée de manière significative.

Dans un rapport du 13 mars 2017, la Dre H.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique à la Consultation de psychiatrie [...], a fait état des diagnostics incapacitants de trouble dépressif organique sévère avec symptômes psychotiques, de trouble anxieux organique, de trouble panique et de trouble cognitif léger. Les diagnostics d'épilepsie dès l'enfance, de status post ADEM post otite moyenne aiguë en 2013, de status post accident de la voie publique à l'âge de 20 ans avec splénectomie, hépatotectomie et néphrectomie, ainsi que de status post méningite dans l'enfance, étaient considérés comme sans influence sur la capacité de travail. L'incapacité de travail était totale, en présence d'une symptomatologie anxiodépressive avec attaques de panique et hallucinations acoustico-verbales entraînant des impulsions suicidaires, une perturbation attentionnelle modérée à sévère, une dysfonction exécutive modérée, un

trouble antérograde verbal sévère et des difficultés de compréhension verbale et écrite.

Sur questions de l'OAI, le Service de neurologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 24 mai 2017, que d'un point de vue purement épiléptologique, il n'y avait pas de contre-indication à l'activité professionnelle, vu l'absence de récurrence de crise. En référence à l'examen neuropsychologique effectué par la Prof. J.\_\_\_\_\_ en février 2017, il apparaissait toutefois que les séquelles neuropsychologiques diminuaient de manière significative les possibilités de travailler. L'incapacité de travail était « d'au moins 60 % avec diminution du rendement d'au moins 50 % ».

Après consultation du Service médical régional (SMR), l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique avec le concours d'un traducteur d'espagnol auprès du Centre d'expertises médicales K.\_\_\_\_\_. A l'issue de leur rapport du 15 janvier 2018, les Drs I.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et M.\_\_\_\_\_, neuropsychologue, ont fait état des diagnostics incapacitants d'encéphalomyélite aiguë disséminée (ADEM) post otite moyenne à *Pseudomonas aeruginosa* en août 2013, avec céphalées, hypoacousie et troubles attentionnels séquellaires, ainsi que de troubles neuropsychologiques légers affectant principalement l'attention. Les diagnostics d'épilepsie symptomatique post-méningite développée vers l'âge de 3 ans, de trouble anxieux et dépressif mixte et de phobie de la foule étaient en revanche sans influence sur la capacité de travail. Au plan neurologique, la capacité de travail était conservée dans une activité manuelle simple, répétitive, évitant le travail en hauteur et le risque de chutes. La perte de rendement était de 30 % et découlait d'une fatigabilité liée aux céphalées résiduelles et aux troubles attentionnels, séquellaires de l'ADEM. Sur le plan psychique, la capacité de travail était préservée dans l'activité habituelle, avec pour seule limitation fonctionnelle la nécessité d'éviter la foule. Un épisode dépressif sévère, documenté dès septembre 2016, pouvait justifier une incapacité de travail temporaire d'une durée de six mois au maximum. Les conclusions des experts ont par ailleurs été libellées comme suit :

« [...] Sur le plan neurologique, Monsieur B. \_\_\_\_\_ présente une épilepsie symptomatique séquellaire d'une méningite évoluant depuis la petite enfance, bien stabilisée sous acide valproïque, avec une bonne compliance.

En août 2013, il a développé une symptomatologie mêlant otalgies, céphalées, état fébrile, confusion et troubles langagiers, symptomatiques d'une otite moyenne et externe droite aiguë, à pseudomonas aeruginosa, compliquée d'une probable encéphalomyélite aiguë disséminée (ADEM). Ce diagnostic repose sur la suspicion clinique, l'évolution, la présence à l'IRM cérébrale de lésions d'allure démyélinisante apparues successivement mais dans une même période de 2 mois, soit temporales gauches, et temporales droites, uniquement supra-sensorielles, sur le résultat d'une biopsie cérébrale pratiquée à l'hôpital cantonal [...]; cette biopsie a confirmé l'aspect démyélinisant des lésions.

Monsieur B. \_\_\_\_\_ a gardé, d'août 2013 à février 2014, une sensation d'instabilité associée à des céphalées et à l'impression d'un état subfébrile non vérifié, motivant une nouvelle hospitalisation au Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_ en septembre 2013, puis à [...] en janvier et février 2014. Lors de cette dernière hospitalisation, aucune nouvelle lésion n'est identifiée à l'IRM, alors que l'analyse du liquide céphalo-rachidien montre toujours la minime méningite lymphocytaire observée précédemment, congruente avec le diagnostic d'ADEM.

Par ailleurs, il rapporte un vertige lors de position en hauteur, présent depuis août 2013. Ce vertige peut être mis en relation avec l'otite sévère, à l'origine de l'affection neurologique.

L'expertisé rapporte des bruits de voix depuis la première hospitalisation d'août 2013, et un défaut d'attention qui semble s'être développé dans le courant de 2014. Toutefois, dans les rapports d'hospitalisation, il n'est pas fait état de troubles langagiers persistants, de troubles attentionnels, ni de plaintes à type d'acouphènes ou d'hallucinations auditives.

De 2014 à ce jour, Monsieur B. \_\_\_\_\_ a été suivi régulièrement à la consultation d'épileptologie du Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_, sans modification du traitement antiépileptique puisque les EEG sont restés dans la norme et que les contrôles itératifs d'IRM cérébrale - le dernier date du 30.09.2015 - n'ont pas montré de nouvelle lésion. Il a par ailleurs subi deux évaluations neuropsychologiques, en août 2015 et en février 2017, montrant des troubles attentionnels, exécutifs, et une atteinte de la mémoire épisodique antérograde verbale. Il n'y a aucun trouble langagier.

L'appréciation des difficultés cognitives constatées et la détermination de leur origine est rendue difficile par la présence d'une efficacité intellectuelle limite, d'un petit niveau de formation, et de quelques discordances cliniques, retrouvées et détaillées dans le volet neuropsychologique de cette expertise.

Néanmoins, un ralentissement léger et des troubles attentionnels peuvent être expliqués par la localisation temporale bilatérale des lésions démyélinisantes.

La lésion temporale supérieure gauche aurait pu donner lieu à un trouble sémantique séquellaire, voire des éléments de surdité verbale, non retrouvés lors de l'évaluation neuropsychologique réalisée pour cette expertise.

L'ADEM est une affection rare, très rare chez l'adulte, monophasique et de nettement meilleur pronostic chez l'adulte que chez l'enfant, où des anomalies de développement peuvent

être constatées au décours. Le suivi neurologique a été correctement assuré par l'équipe du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_. La normalité des autres paramètres sanguins et du LCR [réd. : liquide céphalo-rachidien], et l'aspect inchangé des lésions avec un recul de plus de deux ans permet d'assurer encore davantage ce diagnostic, dont le pronostic est favorable.

L'expertisé rapporte la présence de bruits de voix agressives, présents selon lui depuis août 2013, mais mentionnés au dossier seulement dès 2015. Le caractère réellement hallucinatoire de ces bruits et leur origine sont très incertains. Ils apparaissent chez un sujet présentant également une hypoacousie sans examen ORL figurant au dossier depuis août 2013, présentant des lésions cérébrales temporales corticales, et un antécédent d'épilepsie. La nature épileptique de ces bruits de voix semble improbable : le dosage de l'antiépileptique confirme une bonne adhérence au traitement et les EEG sont remarquablement normaux. De plus, le délire d'influence est rare dans le cadre épileptique et il n'y a aucune description de manifestation clinique (automatismes psychomoteurs) évocatrice d'une psychose épileptique. Les hallucinations auditives associées aux lésions temporales (désafférentation) sont plutôt élémentaires, ou parfois complexes (leitmotivs musicaux, voix) mais non dirigées. Sans pouvoir être formellement exclue, cette hypothèse étiologique semble à nouveau peu probable.

Par ailleurs, la discordance entre la description de possibles hallucinations auditives et l'absence de tout autre signe psychotique est développée dans le volet psychiatrique de cette expertise. De plus, l'expertisé n'a à ce jour pas bénéficié d'un traitement neuroleptique.

[...]

Sur le plan neurologique, l'activité de poseur de rail n'est plus exigible. Ceci en raison de la fatigabilité induite par les séquelles de l'affection neurologique, les occasionnelles céphalées, les troubles attentionnels, et en raison de l'impossibilité à effectuer un travail en hauteur ou sur échafaudage, au vu du vertige résiduel.

Dans une activité d'ouvrier manutentionnaire impliquant une tâche simple et répétitive, la capacité de travail est conservée, avec une perte de rendement de 30 %. Cette limitation découle d'une fatigabilité liée aux céphalées résiduelles et aux troubles attentionnels décrits, séquellaires de l'ADEM. Par ailleurs, les activités en hauteur doivent être évitées (travail en hauteur, échafaudages).

Sur le plan psychique, l'expertisé se plaint spontanément et principalement de la persistance d'hallucinations auditives et d'une perte de confiance en soi en relation avec les troubles de la mémoire ; il ne mentionne aucune plainte du registre anxieux ou dépressif.

Un décalage important est observé avec l'anamnèse orientée : l'expertisé acquiesce à la plupart des critères majeurs en faveur d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Les idées dépressives ne sont pas toutes reconnues mais il existerait des idées de mort passive et suicidaire, ainsi que des symptômes psychotiques. Ces derniers consistent principalement en hallucinations auditives dont le contenu concerne toujours des pulsions auto- et hétéro-agressives. Il s'agit de rumeurs, ce qui entre en contradiction avec des injonctions précises : commettre

un acte suicidaire en se jetant sous un train, par pendaison ou agresser quelqu'un en le volant, le frappant ou en lui donnant la mort. D'autre part, la fréquence s'est espacée à 4 ou 5 épisodes par semaine, la durée d'un épisode est toujours d'environ 20 minutes. Leur diminution ou leur soulagement dépend plutôt d'une activité physique, d'une douche froide ou de la prise d'un traitement de plusieurs comprimés d'Anxiolit, sans aucune prise de neuroleptique. Avec de telles déclarations, on peut douter de la nature psychotique de ces plaintes.

L'expertisé mentionne aussi d'autres hallucinations visuelles et auditives : il dit voir quotidiennement son père décédé, converser avec lui et recevoir des conseils de vie, ce qui lui donne de la force ; il ne pense pas qu'il s'agisse d'un symptôme.

A l'anamnèse orientée, on relève 2 à 3 épisodes d'angoisse par semaine, durant 15 à 20 minutes, dont l'intensité peut aller jusqu'à des pulsions hétéro-agressives, suivis d'une fatigue ou d'un besoin de dormir et d'une amnésie circonstancielle. Ils surviennent lors d'importants troubles du sommeil, de nervosité ou simplement lorsque l'expertisé pense à sa famille. Ils s'associent à des palpitations, une sensation de mort imminente et l'impression de devenir fou. Outre ces troubles anxieux, l'expertisé mentionne des ruminations anxieuses quotidiennes avec nervosité et irritabilité. Il n'y a pas d'argument pour une anxiété généralisée, des troubles phobiques, un état de stress post traumatique, des troubles obsessionnels compulsifs ou des troubles dissociatifs. Le retrait social s'explique par la peur de perdre le contrôle dans les lieux publics mais n'a pas de rapport direct avec les grands espaces. La situation la plus difficile à supporter est la foule dans laquelle le risque de perdre le contrôle est plus élevé. Il s'agit d'une phobie spécifique. L'expertisé n'arrive pas à dater le début de ce trouble.

[...]

L'anamnèse orientée indique un possible épisode dépressif sévère que le status ne confirme pas. Notre observation montre un niveau d'intelligence faible, des fonctions supérieures partiellement perturbées, un discours souvent imprécis mais cohérent et une capacité d'introspection psychique absente. L'apparence et l'hygiène sont préservées. Cliniquement, il n'y a pas de trouble de l'attention ou de la concentration. La mémoire semble défaillante mais l'expertisé ne fournit pas d'effort pour retrouver les informations demandées. La relation reste adéquate. Après une certaine distance, il est en mesure d'établir un contact sympathique. L'expertisé n'est pas déprimé ; il est en mesure de se montrer souriant et de rire. Ces éléments s'accompagnent de plusieurs idées dépressives sur un fond d'anhédonie qu'il faut relativiser puisque des intérêts pour des activités sportives sont reconnues. Il n'y a pas d'abattement, de fatigabilité ni de ralentissement cliniquement observable.

Par contre, on constate plusieurs épisodes de fébrilité psychique associée à une gestuelle un peu agitée, à une perturbation émotionnelle avec tendance à élever le ton de la voix, à devenir volubile, sans parvenir à préciser les émotions qui le traverseraient. Ils ne s'expliquent pas par un trouble psychotique. En effet, on ne trouve aucun signe psychotique. L'expertisé ne reconnaît pas d'hallucination durant l'évaluation ; on n'observe pas de signe indirect pouvant le faire suspecter. Pas d'idées délirantes, ni de barrages de la pensée ; le contact relationnel n'a aucune qualité psychotique. Il n'évoque à aucune reprise l'idée qu'on aurait

procédé à une résection du parenchyme cérébral et non pas à une biopsie. Cette déclaration faite à l'expert neurologue peut s'expliquer par le niveau faible d'intelligence.

La fixation psychique sur les mêmes plaintes ne s'explique pas par une dimension psychotique. Une dimension dyssociale de la personnalité peut en être la raison. Cet élément est précisé ci-dessous.

L'absence d'une atteinte dépressive sévère est aussi corroborée par les éléments objectifs relevés dans l'évaluation neuropsychologique de la présente expertise : pas de signes de négligence personnelle... Le contact est normal, l'expertisé est adéquat, s'avère par moment assez souriant, et plutôt agréable dans le contact, parle fort, mais, dit-il, c'est parce que son ouïe a diminué après l'opération de 2013. Il n'y a pas de ralentissement dans les tâches non attentionnelles. Il est par ailleurs plutôt appliqué dans les tâches lorsqu'il ne se précipite pas dans l'action.

En conclusion, l'expertisé a développé un épisode dépressif sévère réactionnel à l'atteinte neurologique. Les premiers symptômes ont été constatés en août 2015. Initialement, il s'est agi d'un trouble de l'adaptation, en particulier aux difficultés psychosociales secondaires. On peut considérer que l'épisode dépressif est sévère dès septembre 2016. Compte tenu des informations en notre possession, il est difficile de retenir l'existence de plaintes psychotiques. Les hallucinations correspondent probablement aux propres pensées de l'expertisé, perçues comme des voix, dont le contenu est de nature auto- ou hétéro-agressive ; elles sont plausibles dans le contexte d'un épisode dépressif sévère. D'autre part, les signes objectifs actuels correspondent à un trouble anxieux et dépressif mixte, ce qui témoigne de la bonne évolution du trouble dépressif. La difficulté est de situer la période à partir de laquelle l'épisode dépressif n'est plus incapacitant. Une amélioration est mentionnée dans le rapport psychiatrique du 13.03.2017, sans précision sur son importance. D'un point de vue médico-théorique, un épisode dépressif sévère réactionnel devrait entrer en rémission ou ne plus être incapacitant dans un délai de 6 mois sans autre pathologie psychiatrique pouvant justifier une résistance au traitement. L'incapacité de travail est donc temporaire. Il existe aussi une phobie spécifique (foule) qui n'entraîne pas d'incapacité de travail dans l'activité habituelle.

Sur le plan neuropsychologique, l'examen est superposable à celui de février 2017. Il confirme une faible efficacité intellectuelle, probablement de tout temps. On notera que le graphisme de l'expertisé, son dessin du cube et de la montre, mais aussi le fait de présenter des troubles exécutifs sont aussi des éléments liés au faible niveau d'efficacité intellectuelle, en partie du moins pour ce qui est des troubles exécutifs. Cependant, l'évaluation de l'efficacité intellectuelle n'ayant été que partielle, on ne peut conclure à un retard mental. Ce faible niveau d'efficacité a surtout une incidence sur les capacités d'adaptation de l'expertisé, qui sont réduites.

En ce qui concerne les troubles exécutifs, ils prédominent en inhibition et se traduisent notamment par un grand nombre d'erreurs dans des tâches informatisées d'attention et de fausses reconnaissances et des erreurs par intrusion en apprentissage de liste. Ils peuvent résulter pour partie d'une composante anxieuse.

Le bilan met aussi en évidence des troubles mnésiques, en discrète aggravation par rapport à février 2017, mais cela seulement dans les tests, l'évocation des événements de vie anciens et récents étant normale. Ces troubles mnésiques sont par ailleurs observés chez un expertisé répondant à une tâche de détection du défaut d'effort d'une manière compatible avec une telle problématique. Ainsi, les difficultés mnésiques apparaissent amplifiées dans les tests par rapport aux compétences réelles de Monsieur B.\_\_\_\_\_. Enfin, il persiste un ralentissement modéré par rapport à février 2017. Un tel ralentissement peut être mis en relation avec la faible efficacité intellectuelle (l'indice de vitesse de traitement est d'ailleurs identique à celui du raisonnement perceptif, il y a une cohérence entre ces deux indices de la WAIS-IV), mais aussi avec les lésions sous-corticales résultant de l'encéphalomyélite. Une participation psychique au ralentissement est aussi possible, on se référera à l'avis psychiatrique pour déterminer l'existence d'une telle cause.

En revanche, l'examen du langage, certes succinct par défaut d'instruments appropriés en espagnol, ne met pas en évidence de trouble particulier hormis une évocation lexicale pauvre (ce n'était pas le cas en février), alors que les lésions étaient temporales gauches chez un droitier.

En conséquence, on doit conclure à des troubles neuropsychologiques légers, touchant essentiellement l'attention et la mémoire, d'origine probablement multifactorielle, mêlant une faible efficacité intellectuelle de tout temps à l'atteinte neurologique et à de possibles composantes psychiques, voire comportementales. Un défaut d'effort cognitif est aussi constaté dans des tâches de validation de symptômes basées sur la mémoire.

On retiendra en conséquence, pour seule limitation dans l'activité antérieure, un ralentissement léger induisant une perte de rendement [...] »

Sollicité pour avis, le SMR s'est rallié aux conclusions des experts du K.\_\_\_\_\_, considérant que dans une activité manuelle simple et répétitive, sans exposition aux bruits et en évitant la foule, la capacité de travail de l'assuré était entière dès le 1<sup>er</sup> mars 2014, avec une diminution du rendement de 30 % (cf. avis du SMR du 22 février 2018).

L'assuré, assisté de Me David Métille, a fait parvenir à l'OAI un rapport établi le 19 juin 2018 par la Dre N.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique auprès du Service de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_. Celle-ci a mentionné les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif organique sévère avec symptômes psychotiques, de trouble anxieux organique, de trouble panique et de trouble cognitif léger, lesquels étaient stables depuis le début du suivi entamé en septembre 2016. Une reprise du travail ne semblait pas

envisageable. Elle a par ailleurs précisé les éléments suivants sur questions de Me Métille :

**« [...] 3. Êtes-vous en mesure de préciser les symptômes présentés par le patient sur un plan psychique susceptibles d'expliquer les diagnostics retenus ?**

M. B. \_\_\_\_\_ présente toujours une bonne hygiène et une tenue vestimentaire correcte. Le contact est bon et collaborant. On note une certaine tension interne et une anxiété, le patient se frottant les mains sur son pantalon de façon répétitive et une sudation pendant les entretiens. M. B. \_\_\_\_\_ présente une thymie abaissée associée à des troubles du sommeil, une faible estime de lui et une difficulté à se projeter dans l'avenir. Il décrit une fatigue avec une difficulté à trouver de l'énergie. Il décrit également des troubles mnésiques, difficultés à retenir les rendez-vous par exemple et une capacité d'attention diminuée. Il peut présenter des crises anxieuses sévères s'accompagnant de symptômes neurovégétatifs tels que sudation, sensation de mort imminente, qui s'amende avec la prise d'un traitement (anxiolit). M. B. \_\_\_\_\_ est un patient qui se décrit comme jovial, au contact facile, ce qui est le cas dans les débuts d'entretien. Assez vite cependant, l'expression se fige et la tristesse apparaît. Il se décrit comme un caractère vif, mais il a l'impression de se montrer plus impulsif depuis ses problèmes en 2013, notamment dans certaines situations psychosociales, dans les lieux publics où il peut se montrer facilement anxieux et irritable. En parallèle, il décrit un ralentissement psychomoteur, une diminution de la fluence verbale par rapport à avant son trouble neurologique. Il décrit également des difficultés à trouver ses mots, ce qui est objectivé pendant l'entretien. Il décrit des hallucinations acoustico-verbales sous forme de différentes voix qui s'adressent à lui et qui le dénigrent, l'insultent ou l'incitent à se faire du mal ou faire du mal à autrui. Il entend aussi la voix de son père qui est plutôt rassurante et avec laquelle il discute. Il n'y a pas d'hallucinations visuelles, cénesthésiques ou olfactives. Le discours reste clair, cohérent, bien construit, sans troubles du cours ou du contenu de la pensée. Le patient présente donc une symptomatologie anxieuse et dépressive qui peut expliquer les diagnostics retenus et des troubles cognitifs légers qui ont été objectivés par des examens neuropsychologiques tant pendant l'expertise, même si dans l'expertise ceux-ci sont minimisés, que lors des différentes évaluations dans le Service de neurologie et de psychiatrie. Selon la CIM-10 (classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'OMS), le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte doit « être utilisé lorsque le patient présente à la fois des symptômes anxieux et dépressifs, sans que l'intensité des uns et des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Quand des symptômes anxieux et dépressifs sont présents simultanément avec une intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés les deux diagnostics doivent être notés et on ne doit pas retenir cette catégorie ». Dans le cas de M. B. \_\_\_\_\_, la symptomatologie présentée et l'intensité de celle-ci justifie pleinement le fait que deux diagnostics séparés soient retenus et d'intensité sévère. De plus le lien entre l'encéphalomyélite disséminée et l'apparition des symptômes psychiatriques me semble clair et justifie le fait d'évoquer un trouble dépressif

organique et un trouble anxieux organique en plus des troubles cognitifs légers.

**4. Êtes-vous en mesure de confirmer les incohérences relevées par le Dr L. \_\_\_\_\_, en particulier au sujet des dates différentes concernant l'apparition des hallucinations, son mode de vie, respectivement l'absence de plaintes psychotiques ? dans la négative, pour quels motifs ?**

Non. Je ne confirme pas les incohérences relevées par le Dr L. \_\_\_\_\_. A chaque psychiatre qu'il a rencontré, M. B. \_\_\_\_\_ a affirmé avoir présenté la symptomatologie psychique et en particulier psychotique suite au trouble neurologique en 2013. La symptomatologie hallucinatoire en particulier n'est pas décrite dans les rapports [...], du Centre hospitalier C. \_\_\_\_\_ et [...], mais elle n'a pas fait l'objet d'une recherche active. Rappelons qu'à chaque fois qu'il a été hospitalisé, il était dans un service de neurologie et qu'aucune consultation psychiatrique n'a été demandée. Une évaluation psychiatrique n'a donc jamais été faite jusqu'à celle de la Dre H. \_\_\_\_\_ à [...]. A aucun moment, il n'est mentionné de symptomatologie psychique (qu'elle soit psychotique, dépressive ou anxieuse) pour cette raison. De plus, il est connu et reconnu que les patients présentant des symptômes psychotiques n'en parlent pas spontanément dans les premiers temps pour toutes sortes de raisons (peur qu'on le prenne pour un fou, peur de devenir fou notamment). Ce point est d'autant plus important que le patient n'a pas présenté d'antécédents psychiques jusqu'à cette date. [...]

**5. De même et toujours sur un plan psychiatrique, êtes-vous en mesure de confirmer les observations établies par le Dr L. \_\_\_\_\_, à savoir qu'en se fondant sur la concentration sanguine des traitements psychotropes, il ne serait pas possible d'être en présence d'un diagnostic de dépression sévère, mais tout au plus d'un trouble anxieux et dépressif mixte non incapacitant ? Dans la négative, pour quels motifs ?**

On ne peut en aucun cas corréler un diagnostic avec la concentration plasmatique d'un médicament. Le dosage d'un médicament ne peut être qu'indicatif de la compliance du patient à son traitement ou du métabolisme du médicament par le patient toujours et en aucun cas du diagnostic qui est lui posé en fonction de la clinique et des symptômes présentés.

**6. Sur un plan psychique, quel a été l'impact de l'atteinte à la santé du patient au niveau de sa capacité de travail en tant que poseur de voies de chemin de fer, respectivement dans le cadre d'une activité adaptée à son état psychique ? Quelle en a été son évolution ?**

L'impact de l'atteinte à la santé du patient a entraîné une incapacité de travail à 100 % en tant que poseur de voies de chemin de fer. Le trouble dépressif, ainsi que l'atteinte cognitive chez ce patient (à l'efficacité intellectuelle faible qui resterait à confirmer par des tests complets) impliquent une incapacité totale de travail même dans une activité adaptée à son état psychique et ce depuis sa première hospitalisation à [...] en 2013. Pour l'instant, l'évolution ne peut pas permettre d'envisager une reprise du travail, même partielle.

**7. Êtes-vous en mesure de vous rallier à la constatation que le trouble anxieux et dépressif mixte et la phobie de la foule n'entravent pas l'activité habituelle du patient et n'entraînent pas une diminution de rendement (cf pp. 37, points 3.1 et 3.4) ? En ce sens, serait-il envisageable que le patient travaille en équipe - telle que le requiert l'activité de poseur de voies de chemin de fer - pendant 40 heures hebdomadaires ? Si non, pour quels motifs ?**

Je ne me rallie pas complètement à la constatation qu'un trouble anxieux et dépressif mixte et la phobie de la foule n'entravent pas l'activité habituelle du patient et n'entraînent pas une diminution de son rendement. En effet, ce sont la sévérité des troubles et les limitations fonctionnelles que celui-ci implique qui peuvent permettre de dire si un trouble a une répercussion sur le travail de la personne. Encore une fois je ne partage pas l'avis du Dr L. \_\_\_\_\_ par rapport aux diagnostics retenus, mais même dans le contexte d'un trouble anxieux dépressif mixte ainsi que d'un trouble phobique, il peut y avoir des limitations fonctionnelles ne permettant pas le travail en équipe pendant 40 heures hebdomadaires. Dans le cas de M. B. \_\_\_\_\_, le stress généré par les situations interpersonnelles, l'irritabilité, les difficultés relationnelles ressenties pas le patient contre-indiquent le travail en équipe tel que requiert l'activité de poseur de voies de chemin de fer.

**8. Quelle est la capacité de travail du patient dans une activité adaptée en tenant compte exclusivement de la problématique psychique ? En ce sens, serait-il possible de retenir une baisse de rendement de l'ordre de 25 % dans le cadre de l'exercice de toute activité professionnelle, même adaptée, rien que pour ce seul motif ?**

Le patient présente une incapacité de travail à 100 % et il n'est pas exigible d'envisager une reprise du travail, même partielle. Il n'est pas possible de retenir une baisse de rendement de l'ordre de 25 % dans l'exercice de toute activité professionnelle, même adaptée, étant donné que l'incapacité du patient est totale. [...]

**10. Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) ?**

M. B. \_\_\_\_\_ a commenté lors de notre rencontre avec vous, mais également ultérieurement dans nos entretiens, à ma demande, le fait qu'un traducteur était présent lors de l'expertise à [...], à chaque fois la même personne, mais qu'il s'agissait d'une personne d'origine portugaise ne parlant donc pas l'espagnol. M. B. \_\_\_\_\_ étant originaire de [...], région dans laquelle est parlé un dialecte proche du portugais, il a pu répondre aux questions de l'expertise et s'entendre avec le traducteur. Cependant, on peut se questionner sur certaines incohérences relevées par le Dr L. \_\_\_\_\_ et présentées dans l'expertise du fait du patient, comme des incompréhensions en lien avec une traduction approximative. [...] »

Par correspondance du 5 septembre 2018, l'assuré a expressément contesté la teneur du rapport du K. \_\_\_\_\_ du 15 janvier 2018. Il a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité « depuis le 8 août 2013 », subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique et neurologique, se référant pour

l'essentiel aux observations communiquées le 19 juin 2018 par la Dre N.\_\_\_\_\_.

Par avis du 30 octobre 2018, le SMR a estimé que les conclusions du K.\_\_\_\_\_ demeuraient valables. Les diagnostics retenus par la Dre N.\_\_\_\_\_ ne correspondaient pas aux critères de la CIM-10. L'assuré était à même de voyager et de garder des plaisirs (jouer au football, faire du vélo, nager, regarder un match, danser, écouter de la musique), ce qui parlait en défaveur d'un trouble dépressif sévère.

A l'issue d'un projet de décision du 5 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de nier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il a considéré en substance qu'à l'échéance du délai de carence d'une année, sa capacité de travail était de 70 % dans une activité adaptée à son état de santé (soit 100 % avec une diminution de rendement de 30 %). Un degré d'invalidité de 36 %, déterminé par comparaison des revenus, excluait le droit à une rente. Des mesures professionnelles ne permettaient par ailleurs pas de diminuer le préjudice économique au vu du profil professionnel de l'assuré.

Ce dernier a contesté le projet de décision précité, par courrier du 1<sup>er</sup> février 2019. Se prévalant des Lignes directrices édictées par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP) en matière d'établissement des rapports d'expertise psychiatrique, il a fait grief à l'expert psychiatre du K.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir pris contact avec sa psychiatre traitante, d'avoir réalisé son examen par un entretien de 2 h 20 minutes alors qu'il aurait dû être réalisé en plusieurs séances, et d'avoir recouru à un traducteur de langue portugaise et non espagnole, ce qui avait généré d'importantes incompréhensions. L'assuré émettait également des réserves quant au volet neurologique de l'expertise, considérant que la baisse de rendement retenue à hauteur de 30 % était sous-estimée. Enfin, il s'agissait de ne porter aucun intérêt aux avis médicaux du SMR, établis par une spécialiste en pédiatrie qui n'avait pas les compétences professionnelles adéquates pour se prononcer sur son cas. Il a réitéré avoir droit à une rente entière d'invalidité depuis août

2013 et sollicité subsidiairement la mise en œuvre d'une nouvelle expertise sur les plans psychiatrique et neurologique. Était annexé un rapport rédigé le 3 janvier 2019 par les Dres N.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, également cheffe de clinique du Service de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_, sur questions de Me Métille. Ces praticiennes se sont notamment exprimées comme suit :

« [...N]ous reconduisons les diagnostics déjà posés par la Dre H.\_\_\_\_\_, ainsi que par nous-mêmes lors de nos évaluations respectives, à savoir celui d'un trouble dépressif organique sévère avec symptômes psychotiques, un trouble anxieux organique, un trouble panique et de troubles cognitifs légers. En effet, nous pouvons classer dans la catégorie des troubles dus à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral selon la CIM-10, la mise en évidence d'une lésion ou d'un dysfonctionnement cérébral qui entraîne les syndromes en question, à savoir l'épisode dépressif, le trouble panique et le trouble anxieux, ainsi que les troubles cognitifs. A noter également la présence d'une relation temporelle entre la survenue des manifestations de la maladie sous-jacente et la survenue du syndrome psychiatrique, ainsi que l'absence d'arguments en faveur d'une autre étiologie pouvant expliquer la survenue d'un syndrome psychiatrique. Ces critères de la CIM-10 nous permettent donc de retenir l'aspect organique des troubles de notre patient. Par ailleurs, selon la CIM-10 toujours, pour pouvoir retenir un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, il s'agit de pouvoir mettre en avant la présence de 3 symptômes typiques, notamment l'humeur dépressive, la diminution de l'intérêt et du plaisir et l'augmentation de la fatigabilité, qui sont les 3 présents chez M. B.\_\_\_\_\_, associés à au moins 4 ou 5 des autres symptômes dépressifs. Nous pouvons relever comme autres symptômes dépressifs présents une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de l'estime de soi et la confiance en soi très marquée chez lui, des idées de dévalorisation extrêmement marquées, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires qui sont présents de façon régulière et assez marqués chez M. B.\_\_\_\_\_, et une perturbation du sommeil importante. Nous avons largement les critères pour pouvoir retenir un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques selon la CIM-10 avec les symptômes décrits ci-dessus associés à des symptômes psychotiques. Pour ce qui est du trouble anxieux organique et du trouble panique, en plus des caractéristiques déjà relevées pour l'aspect organique du trouble mentionnées ci-dessus, il faut pouvoir retenir selon la CIM-10 les caractéristiques d'une anxiété généralisée ou d'un trouble panique ou l'association des deux. A noter que les symptômes anxieux sont présents depuis des années chez M. B.\_\_\_\_\_ avec, selon les critères CIM-10 toujours, une attente craintive, la sensation d'être à bout, des difficultés de concentration, ainsi qu'une tension motrice extrêmement importante chez lui avec une agitation par moments, des céphalées et une incapacité à pouvoir trouver des moments de détente qui correspondent à toute la symptomatologie que présente M. B.\_\_\_\_\_. Le trouble panique peut également être retenu chez lui pour les mêmes raisons étant donné qu'il correspond tant pour la partie organique que la partie attaques de panique

survenant dans des situations variées sans forcément impliquer un danger réel et à des intervalles relativement libres. Tous les éléments que nous avançons ci-dessus correspondent aux critères de la CIM-10 pour retenir les diagnostics précités. Encore une fois, et comme déjà mentionné dans le rapport du 19 juin dernier, la sévérité des symptômes présentés par M. B. \_\_\_\_\_ est telle qu'elle nous permet de retenir ces diagnostics de façon séparée et non un trouble anxieux et dépressif mixte comme retenu dans l'expertise du début d'année. [...]

[...L]es diagnostics que nous retenons de par leur intensité et leur sévérité entraînent une incapacité de travail de façon durable et constante depuis plusieurs années chez M. B. \_\_\_\_\_. Nous pensons que les diagnostics retenus dans l'expertise médicale ont sous-évalué l'état clinique de M. B. \_\_\_\_\_. Ils ne correspondent en effet pas à la réalité de ce que nous observons chez notre patient et aux limitations fonctionnelles qu'elles entraînent chez lui. Selon la CIM-10, il s'agit donc de troubles différents qui entraînent des limitations fonctionnelles importantes chez notre patient et qui méritent donc que la situation de M. B. \_\_\_\_\_ soit réévaluée.

**3. Est-ce que le fait que le patient ait été en mesure de rentrer plusieurs fois en Espagne par avion, qu'il soit à même d'utiliser son smartphone pour aller sur les réseaux sociaux et regarder des vidéos, voire qu'il garde des plaisirs (jouer au football, faire du vélo, nager, regarder un match, danser, écouter de la musique, être avec sa famille) demeure compatible ou non avec les diagnostics retenus par vos soins ? Que ce soit dans l'affirmative ou la négative, pour quels motifs ?**

M. B. \_\_\_\_\_ a effectivement été en mesure de rentrer plusieurs fois en Espagne par avion et cela sur notre recommandation. En effet, nous avons réalisé que c'est dans son milieu familial que M. B. \_\_\_\_\_ se sent le plus sécurisé et lui permet de se retrouver dans un environnement plus favorable. En effet, quand M. B. \_\_\_\_\_ est en Suisse, il présente une symptomatologie d'autant plus accrue car il est extrêmement sensible au stress et au manque d'étayage. Ce stress se manifeste par une recrudescence des symptômes dépressifs, anxieux et psychotiques déjà décrits plus haut. Cependant, le fait que M. B. \_\_\_\_\_ prenne l'avion ne veut pas dire que ces voyages se passent de façon simple pour lui. [...] Le fait que M. B. \_\_\_\_\_ prenne l'avion n'est donc de notre point de vue pas un élément pertinent pour contester les diagnostics. A notre connaissance, de plus, il ne s'agit pas d'un élément médical pertinent pour pouvoir retenir un diagnostic psychiatrique. De la même façon, le fait qu'il soit à même d'utiliser son smartphone pour aller sur les réseaux sociaux ou de regarder des vidéos ne sont pas, à notre connaissance et dans la littérature, des éléments médicaux qui nous permettent de statuer sur un état psychique invalidant ou pas. Pour ce qui est de la partie évoquée concernant les plaisirs que garderait M. B. \_\_\_\_\_ (jouer au football, faire du vélo, nager, regarder un match, danser, écouter de la musique, être avec sa famille), il s'agit plus d'intérêts que de véritables plaisirs. Comme par ailleurs relevé dans l'expertise faite au Centre d'expertise [...], ce ne sont pas des activités que M. B. \_\_\_\_\_ pratique. Par contre, il évoque comme des intérêts et comme une stratégie, par exemple le fait

d'écouter de la musique, pour essayer de diminuer d'une part son état de stress et ses hallucinations acoustico-verbales, et d'autre part, pour essayer de distraire son attention parasitée par des idées obsédantes et anxiogènes d'auto ou hétéro-agressivité. Être avec sa famille lui permet là aussi d'être dans une situation sécurisante par rapport aux symptômes qu'il ressent, sans les faire disparaître. Cependant même avec ses proches ou en utilisant son smartphone pour diminuer l'intensité des hallucinations acoustico-verbales, les symptômes restent très envahissants. Par exemple lorsque ces voix lui disent de faire du mal à autrui ou bien de se faire du mal à lui-même, aucune des stratégies qu'il peut mettre en place, écouter de la musique ou essayer de regarder une vidéo, ne lui permettent de se détourner de ces idées auto-, voire hétéro-agressives. Il s'agit donc de stratégies pour lutter contre ces symptômes et non, comme déjà mentionné plus haut d'éléments médicalement pertinents nous permettant de retenir ou de ne pas retenir certains diagnostics.

#### **4. Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) ?**

Il nous semble important de relever que le [SMR] s'appuie sur le fait que dans le rapport de juin 2018, l'état de M. B.\_\_\_\_\_ est décrit comme stable. La stabilité dans ce contexte est évoquée comme le fait qu'il n'y a pas d'amélioration ou de péjoration nette. De notre point de vue, l'état clinique de M. B.\_\_\_\_\_ est toujours aussi critique, que ce soit au moment où nous avons écrit notre rapport au mois de juin que ce que nous observons à l'heure actuelle dans l'état de santé de M. B.\_\_\_\_\_. La stabilité, nous insistons là-dessus, est à mettre sur le fait qu'il n'y a pas eu d'évolution particulière. Effectivement, M. B.\_\_\_\_\_ n'a jamais eu à être hospitalisé en psychiatrie, ceci grâce à un suivi ambulatoire régulier et intensifié dans les périodes de crise. Le fait que nous n'ayons pas eu recours à l'hospitalisation de M. B.\_\_\_\_\_ n'enlève rien à la sévérité des symptômes qu'il présente.

Par rapport au traitement psychotrope, nous travaillons activement sur la compliance et avons fait un travail psycho-éducatif sur la gestion des symptômes, le rôle des psychotropes et l'importance de la régularité dans la prise des médicaments. [...] »

Après consultation de son Service juridique, l'OAI a annulé et remplacé son projet de décision du 5 novembre 2018 par un nouveau projet, daté du 14 mai 2019. Retenant que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale temporaire d'une durée de six mois, en lien avec un épisode dépressif sévère pris en compte par les experts du K.\_\_\_\_\_. Il a envisagé dès lors d'octroyer à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 30 juin 2017. Par correspondance du même jour, l'OAI a maintenu que le rapport d'expertise du K.\_\_\_\_\_ revêtait, à son avis, pleine valeur probante. Les rapports des médecins traitants constituaient des appréciations divergentes d'une situation de fait demeurée identique. Les problèmes linguistiques mentionnés par

l'assuré au cours des entretiens d'expertise n'avaient au surplus pas été rapportés par le K.\_\_\_\_\_.

Par courriers des 22 mai et 14 octobre 2019, l'assuré s'est opposé au nouveau projet de décision de l'OAI, en reprenant pour l'essentiel ses précédents griefs et conclusions. A l'appui de ses écritures, il a produit un rapport supplémentaire de la Dre P.\_\_\_\_\_, daté du 25 septembre 2019, dont la teneur est la suivante :

« [...On] observe des sentiments d'insuffisance et d'impuissance très importants liés aux limitations cognitives et aux symptômes anxieux et psychotiques qui sont apparus depuis l'encéphalite et qui limitent énormément sa capacité de fonctionner. Derrière son aspect jovial et peu soucieux qu'il montre au premier abord, une fois le lien de confiance établi et la barrière de la langue franchie, on a accès à un homme abattu, qui présente des symptômes anxieux (peur exacerbée d'être seul, crises de panique, phobie de pulsions), des symptômes psychotiques (entend des voix lorsqu'il est seul), ces symptômes perdurent malgré une bonne amélioration, ainsi que des difficultés cognitives majeures (trouble de la mémoire, a besoin d'être accompagné pour les tâches administratives car il confond les documents et oublie les démarches à faire ainsi que les rendez-vous, désorganisation importante). Les diagnostics posés restent les mêmes.

[...] L'introduction de la médication a permis une amélioration de l'état dépressif de M. B.\_\_\_\_\_, par contre les symptômes anxieux, psychotiques et cognitifs (voir réponse précédente) restent présents et constituent des barrières absolues à une insertion professionnelle.

[...] M. B.\_\_\_\_\_ présente des symptômes appartenant au premier abord au registre psychotique : des rumeurs externes, des voix qui lui disent de se faire du mal, ainsi qu'aux autres, des expériences extrasensorielles par rapport aux personnes décédées. A part lui faire très peur de perdre le contrôle et d'obéir à ces voix, ces symptômes sont fortement anxiogènes pour le patient qui se sent fou et ne comprend pas pourquoi il n'arrive pas à s'en débarrasser. La nature des voix peut être également une anxiété extrême, difficilement canalisable par M. B.\_\_\_\_\_ et qui s'exprime à travers des voix vécues comme venant de l'extérieur. Indépendamment de l'origine de ces symptômes, ils sont fortement invalidants pour le patient et pèsent d'une manière importante sur son estime de soi, ainsi que sa capacité à être seul et de se sentir en sécurité.

[...] M. B.\_\_\_\_\_ présente de grandes difficultés d'organisation et de mémoire, doit être accompagné par son assistante sociale, son médecin et ou son réseau amical pour faire toutes les démarches administratives. M. B.\_\_\_\_\_ présente de fortes barrières de nature psychiatrique et cognitive pour être complètement autonome dans sa vie quotidienne. A l'heure actuelle sa capacité de travail dans la première économie est nulle et son rendement et endurance sont fortement diminués. S'il y a une reprise de travail dans la première

économie, il faut s'attendre à des absences prolongées et à des abandons du poste de travail en raison de ses troubles psychiatriques. [...] »

Par décision du 8 mai 2020, l'OAI a entériné son projet de décision du 14 mai 2019, allouant à l'assuré une rente entière d'invalidité pour la période limitée du 1<sup>er</sup> septembre 2016 au 30 juin 2017. L'OAI a par ailleurs précisé, dans un courrier du 31 octobre 2019, accompagnant sa décision, que le rapport du 25 septembre 2019 de la Dre P. \_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément inconnu ou ignoré des experts du K. \_\_\_\_\_.

**C.** B. \_\_\_\_\_, représenté par Me Métille, a déféré la décision du 8 mai 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par mémoire de recours du 8 juin 2020. Il a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2015, sans limite temporelle, et subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale bidisciplinaire, comportant un volet psychiatrique et neurologique, destinée à déterminer sa capacité de travail depuis août 2013. Il a repris pour l'essentiel les griefs développés au stade de la procédure administrative, contestant derechef la valeur probante de l'expertise réalisée au sein du K. \_\_\_\_\_. Enfin, il a requis l'assistance judiciaire gratuite pour la procédure de recours.

Par décision du 10 juin 2020, la magistrate instructrice a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire, à compter du 8 juin 2020, en l'exonérant de frais et d'avances de frais, ainsi qu'en désignant Me Métille en qualité d'avocat d'office.

Le 6 juillet 2020, l'OAI a répondu au recours et proposé son rejet, se référant à ses courriers d'accompagnement des 14 mai et 31 octobre 2019.

Par réplique du 22 juillet 2020, l'assuré a critiqué la brève prise de position de l'OAI, lui reprochant notamment de ne pas se déterminer sur la valeur probante du rapport d'expertise du K. \_\_\_\_\_, sur les contradictions apparentes entre les différents rapports médicaux versés à

son dossier, ainsi que sur le bien-fondé des mesures d'instructions requises à titre subsidiaire. Il a au surplus maintenu ses conclusions.

L'OAI a dupliqué le 10 août 2020, estimant qu'une nouvelle expertise ne se justifiait pas, puisque l'instruction médicale avait été menée, à son avis, à satisfaction de droit. Il a par ailleurs souligné s'être prononcé à maintes reprises sur le rapport d'expertise contesté, lequel avait également été évalué par le SMR. Il a persisté à proposer le rejet du recours.

Sur requête de la magistrate instructrice, Me Métille a fait parvenir la liste de ses opérations dans la présente cause en date du 29 juin 2021.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20

décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours formé le 8 juin 2020 contre la décision de l'intimé du 8 mai 2020 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2.** Est litigieux, en l'espèce, le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, ce dernier contestant en particulier l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail et la valeur probante de l'expertise réalisée au sein du K.\_\_\_\_\_.

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

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son

domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

**4. a)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

**b)** A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (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 qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur

provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**d)** En vertu de la jurisprudence fédérale, 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).

**6. a)** Dans le contexte d'examens médicaux nécessaires pour évaluer de manière fiable l'état de santé de l'assuré et ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail, en particulier d'un examen psychiatrique (cf. ATF 140 V 260), la meilleure compréhension possible entre l'expert et la personne assurée revêt une importance spécifique. Il n'existe cependant pas de droit inconditionnel à la réalisation d'un examen médical dans la langue maternelle de l'assuré ou à l'assistance d'un interprète. En définitive, il appartient à l'expert, dans le cadre de l'exécution soigneuse de son mandat, de décider si l'examen médical doit être effectué dans la langue maternelle de l'assuré ou avec le concours d'un interprète. Le choix de l'interprète, ainsi que la question de savoir si, le cas échéant, certaines phases de l'instruction médicale doivent être exécutées en son absence pour des raisons objectives et personnelles, relèvent également de la décision de l'expert. Ce qui est décisif dans ce contexte, c'est l'importance de la mesure au regard de la prestation entrant en considération. Il en va ainsi de la pertinence et donc de la valeur probante de l'expertise en tant que fondement de la décision de l'administration, voire du juge. Les constatations de l'expert doivent dès lors être compréhensibles, sa description de la situation médicale doit être claire et ses conclusions motivées. Le point de savoir si, au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce et des aspects rappelés ci-avant, la compréhension linguistique entre l'expert et la personne assurée est suffisante pour garantir une expertise revêtant un caractère à la fois complet, compréhensible et concluant relève de l'appréciation des preuves (TF 9C\_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 5.2 ; 9C\_262/2015 du 8 janvier 2016 consid. 5 ; 9C\_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.1 ; 8C\_913/2010 du 18 avril 2011 consid. 3.3.1 et références citées).

**b)** Par ailleurs, la durée d'un examen clinique n'est pas, en soi, un critère de la valeur probante d'un rapport médical et ne saurait remettre en cause la valeur probante du travail de l'expert, dont le rôle

consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées). Une consultation, même de courte durée, n'exclut donc pas une étude fouillée et complète du cas.

**7.** En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire en août et septembre 2017 auprès du K.\_\_\_\_\_, laquelle a comporté des examens circonstanciés des aspects neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, en présence d'un interprète. Le rapport correspondant du 15 janvier 2018 remplit a priori les réquisits jurisprudentiels énoncés sous consid. 5b supra. Le recourant estime cependant que ce document est dénué de valeur probante pour des raisons à la fois formelles et matérielles.

**8. a)** Sur le plan formel, le recourant fait notamment valoir que l'interprète en question était de langue portugaise, alors qu'il est lui-même de langue maternelle espagnole. Selon lui, les incohérences, relatées à quelques reprises dans le rapport d'expertise du 15 janvier 2018, résulteraient, de possibles problèmes de compréhension. L'intimé observe pour sa part qu'aucune difficulté linguistique n'a été rapportée par les experts du K.\_\_\_\_\_ (cf. courriers de l'intimé des 14 mai et 31 octobre 2019).

On peut à cet égard constater, à l'instar de l'intimé, que les experts du K.\_\_\_\_\_ n'ont fait état d'aucune difficulté de compréhension du recourant, en la présence de l'interprète. L'expert psychiatre s'est limité à qualifier la compréhension de la langue française de « mauvaise », sans autre particularité. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a en revanche relevé « une collaboration d'emblée bonne », mentionnant expressément que « tout au long de l'évaluation, la relation établie [était] adéquate » en dépit d'une « certaine distance initiale » et que « le discours [était] souvent imprécis, mais [restait] cohérent ». Quant au neuropsychologue M.\_\_\_\_\_, il a précisé que l'examen avait « été conduit en espagnol » et que « toutes les tâches verbales avaient été présentées traduites en espagnol » (cf. rapport d'expertise du K.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2018, p. 21 et 22). Vu ces

éléments, on ne saurait douter de la bonne compréhension linguistique durant les examens effectués au sein du K.\_\_\_\_\_. Au demeurant, il n'apparaît de toute façon pas indispensable pour un interprète qualifié en espagnol d'être lui-même de cette langue maternelle. Enfin, on ne voit pas dans quelle mesure des imprécisions auraient été susceptibles d'influencer les conclusions communiquées par les experts, le recourant se limitant à envisager cette possibilité pour tenter de les remettre en question. Le grief soulevé par le recourant à l'encontre de l'interprète mandaté par le K.\_\_\_\_\_ doit donc être écarté.

**b)** S'agissant plus particulièrement de l'évaluation psychiatrique réalisée au K.\_\_\_\_\_, le recourant reproche au Dr L.\_\_\_\_\_ d'avoir investigué sommairement son cas étant donné la durée de l'examen restreint à 2 h et 20 minutes. Cet argument ne saurait toutefois être suivi au regard de la jurisprudence fédérale rappelée ci-avant sous consid. 6b.

**c)** Le recourant fait également grief au Dr L.\_\_\_\_\_ de n'avoir pas pris contact avec ses psychiatres traitantes avant de se prononcer sur son cas, ainsi que l'envisagent les Lignes directrices de la SSPP. On relève toutefois que cette démarche relève de recommandations, mais ne s'avère pas forcément nécessaire, lorsque - comme en l'espèce - les médecins traitants ont fourni des rapports de la situation de leur patient auprès de l'administration. Au demeurant, l'opportunité de cette démarche peut être laissée à l'appréciation de l'expert concerné. En l'occurrence, on ne voit pas que l'avis du Dr L.\_\_\_\_\_ serait biaisé ou insuffisant, faute d'avoir sollicité des renseignements auprès des psychiatres traitantes du recourant, alors qu'était versé à son dossier notamment le rapport de la Dre H.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2017. Dès lors, l'argument soulevé par le recourant à l'égard des investigations de l'expert psychiatre doit être écarté.

**9. a)** Il est établi que, d'un point de vue neurologique, le recourant a souffert d'une épilepsie symptomatique post méningite survenue dans l'enfance, vers l'âge de 3 ans, et qu'il a été victime d'une

ADEM en août 2013 (cf. notamment : rapports du Service de neurologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ des 9 octobre 2013, 13 juillet et 23 novembre 2015, de la Consultation d'épileptologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ du 12 novembre 2015, ainsi que du Dr F.\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2014).

**b)** Le registre neurologique a été examiné au sein du K.\_\_\_\_\_ par la Dre I.\_\_\_\_\_, laquelle a relaté une situation « bien stabilisée » sous traitement. Elle a retenu des diagnostics similaires à ceux observés au sein du Service de neurologie et de la Consultation d'épileptologie du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_. Elle a mentionné, au titre de limitations fonctionnelles, une fatigabilité, des céphalées occasionnelles, une sensibilité aux bruits, l'impossibilité de travailler en hauteur ou dans des conditions à risques de chute, ainsi que des difficultés de concentration dans des tâches multiples. Elle a conclu à l'exigibilité d'une activité lucrative adaptée à un taux de 100 %, sous réserve d'une diminution de rendement de 30 % imputable aux limitations précitées (cf. rapport d'expertise du K.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2018, pp. 30 - 32 et 37).

**c)** Dans ce contexte, on peut retenir que les investigations neurologiques étayées, exposées à satisfaction par la Dre I.\_\_\_\_\_, conduisent à des conclusions convergentes avec celles émanant des services spécialisés du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_. On souligne en effet que les différents rapports du Service de neurologie, ainsi que celui de la Consultation d'épileptologie de ce centre, ont relaté une évolution favorable sans nouvelle crise comitiale, l'épisode survenu en février 2015 étant ainsi demeuré isolé. Quant à l'ADEM, les spécialistes ont relevé que cette affection s'était amendée sous traitement. On ajoutera que ces services n'ont de loin pas exclu l'exercice d'une activité lucrative, se limitant à renvoyer aux résultats et à l'appréciation ressortant des examens neuropsychologiques (cf. rapports des 9 octobre 2013, 13 juillet, 12 et 23 novembre 2015).

**d)** Vu ces éléments, on peut considérer que les conclusions de l'examen neurologique effectué par la Dre I.\_\_\_\_\_ sont exhaustives et congruentes avec les autres pièces médicales versées au dossier du

recourant. Ce dernier n'ayant produit aucun document susceptible de remettre en question sa capacité de travail de ce point de vue, il n'y a pas lieu de douter de l'appréciation opérée au sein du K.\_\_\_\_\_.

**10. a)** Il est également incontesté que le recourant présente des troubles neuropsychologiques, investigués à plusieurs reprises, dont notamment par la Prof. J.\_\_\_\_\_ du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_. Celle-ci a fait état de difficultés attentionnelles (ralentissement de la vitesse de traitement et difficultés en attention partagée) et exécutives (flexibilité mentale, planification et inhibition verbale), accompagnées d'une perturbation mnésique antérograde verbale (difficultés de récupération). Les performances demeuraient stables et superposables aux résultats observés précédemment en 2015. La spécialiste considérait que la capacité de travail était limitée de manière significative (cf. rapport de la Prof. J.\_\_\_\_\_ du 15 février 2017).

**b)** A cet égard, le neuropsychologue du K.\_\_\_\_\_ a relaté une situation similaire à celle observée par la Prof. J.\_\_\_\_\_. Il a conclu à des troubles neuropsychologiques touchant l'attention et la mémoire, associés à une faible efficacité intellectuelle. Ceux-ci impliquaient uniquement un ralentissement léger, induisant une perte de rendement.

**c)** On peut observer qu'en présence d'une situation globalement stable et de performances superposables à celles précédemment rapportées, les conclusions du neuropsychologue M.\_\_\_\_\_ apparaissent converger avec le rapport d'examen de la Prof. J.\_\_\_\_\_, laquelle n'a d'ailleurs pas chiffré la diminution alléguée de la capacité de travail du recourant. Au demeurant, les investigations effectuées au sein du K.\_\_\_\_\_ apparaissent complètes et les résultats exposés de manière à emporter la conviction.

**d)** Etant donné ce qui précède, on ne voit pas qu'un nouvel examen neuropsychologique soit susceptible de conduire à une appréciation différente du cas. En l'absence de tout élément qui justifierait

de s'écarter de l'appréciation du neuropsychologue M.\_\_\_\_\_, il s'agit donc de s'y rallier.

**11. a)** Les importantes divergences d'opinion entre le K.\_\_\_\_\_ et les spécialistes du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ concernent le volet psychique de l'appréciation du cas, singulièrement tant les diagnostics retenus que leurs répercussions en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles. Le K.\_\_\_\_\_, respectivement le Dr L.\_\_\_\_\_, a considéré que le recourant présentait un trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi qu'une phobie de la foule, lesquels étaient sans influence significative sur sa capacité de travail. Seul un épisode dépressif sévère, réactionnel à la survenance de l'atteinte neurologique, était admis pour une période limitée à six mois à compter du mois de septembre 2016 (cf. rapport d'expertise du K.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2018, pp. 32 ss et 37). Les psychiatres traitantes du recourant, en revanche, ont rapporté que leur patient était atteint d'un trouble dépressif organique sévère, avec symptômes psychotiques, un trouble anxieux organique, un trouble panique et des troubles cognitifs légers. Ces affections, accompagnées des symptômes décrits à partir des propos du recourant et d'après l'observation effectuée par les psychiatres, étaient responsables de limitations fonctionnelles importantes et d'une incapacité totale de travail dans toutes activités (cf. notamment : rapports de la Dre H.\_\_\_\_\_ du 13 mars 2017). Les diagnostics précités et leurs effets ont été réitérés après prise de connaissance du rapport d'expertise du K.\_\_\_\_\_ et poursuite de la prise en charge spécialisée du recourant (cf. rapports des Dres N.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ du Service de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ des 19 juin 2018, 3 janvier et 25 septembre 2019).

**b)** Compte tenu de ces appréciations spécialisées diamétralement opposées, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur le cas du recourant. Quand bien même l'évaluation du Dr L.\_\_\_\_\_ apparaît reposer sur des investigations approfondies et complètes, aboutissant à un résultat cohérent, les observations subséquentes des spécialistes du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ sont de

nature à faire douter des conclusions du K.\_\_\_\_\_. Il est indispensable, pour se prononcer en toute connaissance de cause in casu, que les rapports émis postérieurement au rapport d'expertise du K.\_\_\_\_\_, produits par le recourant, soient soumis au Dr L.\_\_\_\_\_, singulièrement au collège des experts, pour détermination, discussion et éventuelle confirmation des conclusions communiquées le 15 janvier 2018. On ajoutera que les avis du SMR sur les évaluations psychiatriques du Centre hospitalier C.\_\_\_\_\_ sont insuffisamment étayés pour se passer d'un complément émanant des experts du K.\_\_\_\_\_.

**12. a)** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

**b)** Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés 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'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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**c)** En l'espèce, il incombait à l'intimé de procéder à un complément d'instruction auprès du K. \_\_\_\_\_ en soumettant au collège des experts les rapports produits par le recourant postérieurement à la date du rapport d'expertise.

Faute à l'intimé d'avoir satisfait à son obligation d'instruction ressortant de l'art. 43 LPGA, il s'impose de lui renvoyer la cause. Il lui appartiendra dans ce contexte, après actualisation des pièces médicales de son dossier, de solliciter les experts du K. \_\_\_\_\_ pour un complément d'expertise, destiné à dissiper les doutes persistant quant à l'état de santé psychique du recourant.

**d)** Par ailleurs, si une capacité de travail résiduelle venait à être confirmée sur le plan médico-théorique, il s'agirait également pour l'intimé d'examiner l'opportunité de mesures professionnelles, notamment une mesure d'aide au placement (cf. art. 18 LAI).

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

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, 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 de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**c)** Le recourant, assisté d'un mandataire professionnel et obtenant gain de cause, peut prétendre des dépens, arrêtés à 2'500 fr., lesquels sont mis à la charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGGA).

**d)** Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me David Métille à compter du 8 juin 2020 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Ce dernier a adressé la liste de ses activités en date du 29 juin 2021 et fait état de 13 heures consacrées à la présente affaire, soit 6 heures et 50 minutes déployées par ses soins et 6 heures et 10 minutes par son avocate-stagiaire. Vérifiée d'office, cette liste peut être approuvée. En définitive, il convient ainsi d'octroyer à l'intéressé un montant total de 2'158 fr. 05 (comprenant une indemnité de 1'230 fr. au tarif horaire de 180 fr., une indemnité de 678 fr. 35 au tarif horaire de 110 fr., des débours de 5 % [95 fr. 40] et la TVA de 7,7 % [154 fr. 30]) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire. Cette rémunération est au demeurant couverte par les dépens octroyés au recourant.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 8 mai 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés 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 au recourant un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me David Métille, à Lausanne (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :