

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juillet 2022

Composition : M. MÉTRAL, président

MM. Neu et Piguet, juges

Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourant, représenté par Me Eric Cerottini, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 et 29 al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1969, père d'un enfant né en 2007, marié et séparé de son épouse depuis le mois de juillet 2014, est architecte de formation. Il a travaillé en cette qualité durant plusieurs années auprès de différents employeurs et, en dernier lieu, en tant que gérant technique pour la Ville de [...] du 12 janvier 2015 au 31 mars 2017.

Le 13 février 2017, l'assurance-accidents auprès de laquelle l'employeur de l'intéressé était assuré a adressé une demande de prestations en faveur de celui-ci à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une incapacité de travail totale depuis le 7 mars 2016. Elle a joint à cette demande divers certificats établis par le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, puis par le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant d'une incapacité totale de travail dès le 31 mai 2016. Elle a également adressé deux rapports établis les 28 mai 2013 par la Dre Z._____ et 14 juin 2014 par la Dre X._____, spécialiste en médecine interne générale, concernant des suspicions d'accident vasculaire cérébral (AVC), ainsi qu'un rapport de test de maintien de l'éveil du 15 décembre 2016.

Dans un rapport du 26 juin 2017 à l'attention de l'OAI, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré depuis 2001, a posé les diagnostics de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) sévère depuis 2011, de suspicion d'AVC ayant touché l'hémisphère droit en 2013 et de trouble de la personnalité avec important ralentissement psychomoteur et trouble du maintien de l'éveil depuis 2016, avec effet sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics d'hypertension artérielle, hyperlipidémie et hyperuricémie depuis 2020, d'obésité depuis 2020, de goutte depuis 2014 et de troubles fonctionnels digestifs et urinaires depuis 2016. Il a indiqué que l'assuré avait subi une série de licenciements dès 2003 qui s'étaient soldés par des périodes de chômage et un conflit

conjugal menant au divorce. En novembre 2013, il avait présenté des symptômes de la lignée dépressive et se plaignait de la persistance de dysesthésie du membre supérieur gauche attribuée à un AVC suspecté en mai 2013. Il avait ensuite présenté des troubles dépressifs fluctuants. L'assuré se trouvait actuellement dans un marasme psychosocial invalidant avec des performances physiques et psychiques altérées. Le Dr S._____ a adressé notamment une copie d'un rapport d'examen neuropsychologique établi le 6 septembre 2016 par la Professeure F._____, spécialiste en neurologie, et les psychologues [...] et [...], ayant mis en évidence un important ralentissement psychomoteur et un fléchissement attentionnel.

L'assuré s'est entretenu avec un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI. Il ressort du rapport initial du 25 juillet 2017 rédigé à la suite de cette entrevue que l'assuré décrivait des troubles de la concentration, une perte de la fluidité verbale, des difficultés à gérer le stress, une perte de dextérité à gauche mais surtout des changements au niveau de sa personnalité. Il évoquait également avoir changé d'orientation sexuelle et ne fréquenter plus que des hommes. Il était d'ailleurs suivi par le psychologue de la Fondation Profa en raison de ses excès dans ses comportements sexuel, financier, sportif et alimentaire. Il s'était soumis à des régimes drastiques et pratiquait le sport de manière intensive, ce qui lui avait fait perdre du poids de manière brutale. Il s'était aussi coupé de son cercle d'amis, ne conservant des contacts qu'avec la marraine de son fils, ses parents et sa sœur. A l'issue de cet entretien, le spécialiste en réinsertion professionnelle a retenu que l'assuré présentait une atteinte multiple et, à son sens, relativement lourde qui le limitait sur les plans physique, psychique, cognitif et dans son fonctionnement. À ce stade, une curatelle était même envisagée. L'assuré devait entamer prochainement un emploi protégé au sein du Groupe d'accueil et d'action psychiatrique (ci-après : le Graap).

Dans un rapport non daté, reçu par l'OAI le 4 octobre 2017, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le psychologue K._____ de la Fondation Profa ont posé les diagnostics

d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), depuis 2016, et de trouble organique de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux, sans précision, depuis 2014, avec effet sur la capacité de travail. L'assuré leur avait été adressé en septembre 2016 à la suite de ses plaintes de ne plus avoir de contrôle sur ses comportements sexuels. Il leur avait exposé avoir changé d'orientation à la suite de la suspicion d'accident ischémique transitoire (AIT) en 2014, de manière concomitante au départ de sa femme, sans fantasme homosexuel antérieur, et avoir alors perdu toute inhibition, avec en moyenne 14 à 17 partenaires par semaine avec lesquels il consentait à des pratiques sans y avoir d'intérêt personnel. Des changements de comportement étaient également survenus à cette période. Le Dr C._____ et le psychologue K._____ ont constaté chez l'assuré un sévère ralentissement psychomoteur avec des troubles de la concentration, un discours peu clair, alambiqué et dénué de toute tonalité affective, une pensée digressive et répétitive, des troubles majeurs du contenu de la pensée, une humeur dépressive, des affects émoussés, un repli social compensé par une multiplication de relations sexuelles ponctuelles, une anhédonie, une asthénie, une aboulie, un apragmatisme, des idées de dévalorisation, une perte de contrôle et une hypersexualité. Une pathologie neuropsychologique ayant été écartée à la suite des épisodes de 2013 et 2014, le diagnostic d'épisode dépressif moyen était retenu. Il n'expliquait cependant pas à lui seul la symptomatologie cognitive et comportementale de type sous-cortico-frontale. Des investigations neuropsychologiques avaient donc été réalisées par la Prof. F._____. Dans un rapport du 27 septembre 2017 cosigné avec la psychologue [...], la Prof. F._____ a constaté un défaut modéré d'évocation lexicale catégorielle, un déficit modéré de la mémoire à court terme et de travail verbale, un déficit modéré à sévère de la mémoire épisodique antérograde verbale avec une modalité visuelle dans la norme, une sévère altération de la cognition sociale avec notamment un déficit de la reconnaissance des émotions faciales, d'empathie (scores inférieurs à des personnes avec un syndrome Asperger) et d'identification de faux-pas, un ralentissement psychomoteur sévère mais fluctuant relevé cliniquement et dans certaines épreuves chronométrées ainsi que de

possibles signes de la lignée anxio-dépressive. Les fonctions instrumentales et exécutives (cognitives) étaient globalement préservées. La symptomatologie ne pouvait être expliquée par les possibles AIT de 2013 et 2014. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée le 31 août 2017 s'était révélée dans les limites de la norme.

Sollicité pour avis, le Dr J. _____ du Service médical régional (ci-après : le SMR) a préconisé de questionner à nouveau le psychiatre traitant. Il a estimé qu'en l'état du dossier, il n'apparaissait pas que l'assuré ait été licencié pour des motifs médicaux. En l'absence de lésions neurologiques objectivées, il ne pouvait exclure que les manquements professionnels soient liés à son hygiène de vie ou à un trouble thymique dans un contexte où divers facteurs psycho-sociaux semblaient interférer avec la situation médicale. Dans ce dernier cas, le degré moyen de l'épisode dépressif et la capacité de travail nulle étaient discutables (avis du 13 juillet 2018).

Interpelé, le Dr C. _____ a posé, dans un rapport du 29 novembre 2018, les diagnostics de trouble neurocognitif majeur possible dû à une dégénérescence lobaire fronto-temporale possiblement dans le cadre d'une phénocopie et de trouble dépressif caractérisé atypique avec effet synergique sur l'atteinte cognitive. La situation n'avait pas évolué. Un traitement antidépresseur avait été introduit en août 2017 et arrêté en décembre 2017 compte tenu de l'absence d'évolution de la symptomatologie. Les investigations s'étaient poursuivies avec une consultation auprès des Drs V. _____, spécialiste en neurologie, et Q. _____ qui avaient retenu un hémisyndrome sensitivo moteur gauche d'origine fonctionnelle (cf. rapport du 13 avril 2018). En raison d'une suspicion de démence fronto-temporale, le Dr L. _____, spécialiste en psychologie et psychiatrie au Centre [...] de la Mémoire, avait réalisé un bilan approfondi et discuté plusieurs étiologies ; la première était une dégénérescence lobaire fronto-temporale avec un profil évolutif lent, voire une stagnation des symptômes, la seconde était un trouble thymique chronique avec une clinique évocatrice d'un trouble dépressif majeur, bien qu'avec des atypies (cf. rapport du 12 octobre 2018). Après avoir évoqué

ces résultats, le Dr C._____ a confirmé que l'assuré était totalement incapable de travailler depuis le 27 avril 2017, date du début de son suivi, l'incapacité étant précédemment attestée par le Dr T._____. L'activité occupationnelle débutée en septembre 2017 au Graap à hauteur de 30 % avait pour objectif principal de structurer la semaine de l'intéressé.

Adhérent à un avis du SMR du 24 janvier 2019, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et neurologique, comprenant une évaluation neuropsychologique, et l'a confiée au Bureau d'expertise M._____ (ci-après : le Bureau d'expertise M._____).

La Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr D._____, spécialiste en neurologie, ont procédé à un examen clinique de l'assuré le 25 avril 2019. Aux termes de leur rapport du 3 juin 2019, plus particulièrement de leur évaluation consensuelle, ils ont écarté tout diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. Ils ont retenu, sans effet sur la capacité de travail, les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité immature et dépendante (F61.0), de status après suspicion non confirmée de deux accidents vasculaires cérébraux (R29.8), de status après suspicion non confirmée d'une neurodégénérescence type démence fronto-temporale (R29.8), d'hyperuricémie (E79.0) avec crises de goutte touchant le 1^{er} orteil gauche puis droit (M10.0), de syndrome d'apnées du sommeil (G47.3), de status après fracture du 2^{ème} orteil droit traitée conservativement, d'hypertension artérielle traitée (I10), d'hypothyroïdie substituée (E03) et d'hypercholestérolémie (E78.0). Les experts ont relevé des discordances entre les plaintes de l'assuré et leurs observations cliniques. Aussi, tant l'hypothèse de l'AVC ou de l'AIT que celle d'une dégénérescence lobaire fronto-temporale étaient écartées. Ils ont retenu une pleine capacité de travail, hormis durant des périodes ponctuelles d'incapacité de travail pour des raisons psychiques.

Dans un avis du 19 juillet 2019, le Dr J._____ a adhéré aux conclusions de l'expertise.

Par projet de décision du 29 juillet 2019, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser de prester, au motif qu'il ne présentait aucune atteinte invalidante à la santé.

L'assuré, représenté par son assurance protection juridique, a contesté ce projet de décision le 12 septembre 2019. Par courrier du 14 octobre 2019 de son mandataire, l'avocat Eric Cerottini, l'assuré a confirmé sa position. Il a adressé un rapport établi le 9 septembre 2019 par le Dr S._____, dans lequel celui-ci contestait le rapport d'expertise.

Le 9 janvier 2020, complétant ses objections, l'assuré a relevé que les conclusions de l'expertise allaient à l'encontre des rapports médicaux au dossier. Il a produit à cet égard un rapport établi le 17 octobre 2019 par le Dr C._____, dans lequel celui-ci critiquait les conclusions de l'expertise. Ces dernières n'étaient au demeurant plus d'actualité, en raison d'une péjoration de son état de santé. L'assuré avait en effet été hospitalisé le 21 septembre 2019 en raison d'une diplopie horizontale binoculaire avec nausées. Il avait séjourné dans le service de neurologie du Centre hospitalier Y._____ jusqu'au 1^{er} octobre 2019 (cf. rapport de sortie du 18 octobre 2019). Un mois après son hospitalisation, une discrète amélioration clinique était constatée (cf. rapport du 25 novembre 2019 du Prof. [...], spécialiste en neurologie, et de la Dre [...]). Entre temps, il avait également consulté la Dre R._____, spécialiste en ophtalmologie à l'Hôpital ophtalmique [...], qui avait retenu le diagnostic de syndrome de Miller-Fischer avec parésies oculomotrices multiples, dans un rapport établi le 5 novembre 2019.

Dans un rapport du 4 février 2020, le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre [...] de la Mémoire, a posé le diagnostic de trouble neurocognitif majeur d'origine thymique et possiblement neurodégénérative dans un contexte de variante comportementale d'une dégénérescence lobaire fronto-temporale phénocopique. Il s'est référé aux résultats d'un examen neuropsychologique réalisé le 20 janvier précédent par la psychologue H._____, objet d'un rapport du 3 février 2020. Cet examen avait mis en

évidence au premier plan des performances globalement dans les normes, voire parfois dans les normes supérieures. Il avait décelé une apathie, un ralentissement psychique et une tendance à la logorrhée. Comparativement au bilan réalisé en 2018, il y avait une amélioration des performances, en particulier en mémoire épisodique verbale et des fonctions exécutives sur le plan cognitif. Cette amélioration était peu évocatrice d'une maladie neurodégénérative, mais ne permettait pas d'infirmier le diagnostic de possible dégénérescence lobaire fronto-temporale phénocopique dont l'expression était surtout comportementale et pouvait avoir une détérioration cognitive particulièrement lente. L'amélioration des performances cognitives pouvaient s'expliquer par l'amélioration sur le plan thymique.

Dans un rapport du 4 mai 2020, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a constaté que, dans le contexte d'un syndrome de Miller-Fischer, il n'y avait pas de signe d'hypoventilation alvéolaire et probablement pas d'atteinte neurologique des diaphragmes. Le symptôme d'apnées du sommeil sévère était traité efficacement. Il a rappelé que le test de maintien de l'éveil réalisé en 2016 s'était révélé clairement anormal et contre-indiquait la conduite automobile.

Dans un certificat du même jour, le Dr G._____ a attesté que l'assuré présentait une atteinte neurologique et respiratoire sévère. Dans ce contexte, il avait des troubles de la concentration, une augmentation nette de la somnolence diurne et des troubles du maintien de l'éveil et de l'attention. Ces troubles étaient permanents et contre-indiquaient la conduite automobile. Un travail monotone pouvait aggraver la somnolence, au contraire d'un travail plus créatif, en interaction sociale.

L'OAI a soumis ces rapports au SMR. Dans un avis du 9 juillet 2020, le Dr J._____ a considéré qu'il n'avait pas d'éléments médicaux objectifs permettant de s'écarter de ses précédentes conclusions. Il a ajouté que les observations relatives à la diplopie démontraient que l'assuré conservait des capacités fonctionnelles sur les plans physique et

cognitif. Sur le plan ophtalmologique, il devait être revu en 2020 pour une évaluation de la situation. Les rapports de ces consultations devraient alors être requis auprès de l'Hôpital ophtalmique [...].

Le 17 juillet 2020, la Dre R._____ a exposé qu'au dernier contrôle réalisé le 9 juillet précédent, la diplopie binoculaire était absente et les parésies avaient disparu. Il n'y avait dès lors plus de diagnostic oculaire incapacitant. La Dre R._____ a encore posé le diagnostic de microstrabisme congénital convergent de l'œil droit avec absence de stéréoscopie. Elle a confirmé son appréciation dans un rapport du 23 juillet 2020.

Par décision du 3 septembre 2020, l'OAI a refusé de prester, conformément à son projet de décision du 29 juillet 2019. Dans un courrier séparé du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a exposé que le rapport d'expertise du Bureau d'expertise M._____ était probant et que les rapports produits par l'assuré à l'appui de ses objections n'apportaient pas d'éléments susceptibles de le mettre en doute. Aucune aggravation durable de l'état de santé n'avait en outre été mise en évidence après que le rapport d'expertise a été rendu. Le strabisme dont souffrait l'intéressé était congénital et ne l'avait pas empêché d'avoir une activité professionnelle par le passé. Les observations médicales montraient au demeurant qu'il conservait des capacités fonctionnelles.

B. Par acte de son mandataire du 2 octobre 2020, P._____ a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de cette décision, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a contesté la valeur probante du rapport d'expertise du Bureau d'expertise M._____, au motif qu'il était en contradiction avec de nombreux rapports produits antérieurement. Il a également fait valoir que les rapports produits postérieurement à l'expertise contredisaient cette dernière et n'avaient pas été sérieusement

pris en considération par l'OAI. Au demeurant, des rapports établis le 28 septembre 2020 par la Dre [...], spécialiste en médecine interne générale, et le 30 septembre 2020 par la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à la Fondation Profa, confirmaient la présence d'une symptomatologie invalidante et une incapacité totale de travail. L'OAI se fondait dès lors sur une appréciation erronée. Le recourant a finalement requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Par réponse du 23 novembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a fait valoir que les rapports antérieurs à l'expertise du Bureau d'expertise M._____ avaient été pris en compte dans cette dernière. Quant aux rapports postérieurs, ils avaient été examinés par le SMR. Il avait en outre requis des renseignements complémentaires auprès de l'Hôpital ophtalmique [...]. L'intimé a pour le surplus renvoyé à un nouvel avis du SMR du 6 novembre 2020, dans lequel le Dr J._____ se prononçait sur les rapports produits par le recourant au pied de son écriture. Ces éléments nouveaux ne permettaient pas de modifier la position de l'intimé.

Répliquant le 24 février 2021, le recourant a confirmé ses conclusions. Il a notamment produit un rapport établi le 23 février 2021 par la Dre N._____, dans lequel elle contestait l'avis SMR du 6 novembre 2020 et les conclusions du rapport d'expertise du Bureau d'expertise M._____. Selon elle, il était erroné de considérer que l'inemployabilité de l'assuré était liée à des facteurs non médicaux au motif qu'ils n'étaient pas neurologiques ; une symptomatologie psychiatrique pouvait également être incapacitante. Le manque de sommeil de l'assuré était en outre à mettre en lien avec une symptomatologie psychiatrique, et non son hygiène de vie. Ni le SMR, ni les experts n'avaient au demeurant pris en compte les limitations fonctionnelles de l'intéressé, à savoir des troubles cognitifs marqués, une désorganisation de la pensée et du discours, un détachement affectif, un contenu de pensée marqué par la tristesse, des ruminations anxieuses et une vision négative de lui-même, une fatigabilité au cours de la journée, et une symptomatologie physique

avec des fourmillements dans le côté gauche du corps. Une évaluation ergothérapeutique réalisée à domicile du 2 au 10 février 2021 avait également mis en évidence des limitations fonctionnelles dans les activités quotidiennes. Il existait ainsi une importante atteinte objectivable dans le fonctionnement de l'assuré. Le fait que ces troubles ne relèvent pas de lésions organiques était compatible avec une étiologie psychiatrique. Le diagnostic psychiatrique retenu par les experts était d'ailleurs discutable à plusieurs égards, celui-ci n'apportant notamment pas d'explication à la totalité des symptômes présentés. La Dre N. _____ avait procédé à un complément d'évaluation psychiatrique, en incluant la recherche d'un syndrome dissociatif. Ce diagnostic était en cours de validation mais semblait pertinent. En l'état, l'assuré présentait une symptomatologie psychique envahissante, compatible avec une atteinte psychiatrique complexe, et des limitations fonctionnelles influençant de manière importante sa capacité de travail. La capacité de travail était nulle dans l'activité précédente et réduite dans un contexte adapté à ses limitations.

Dans un courrier du même jour, l'intimé a informé la Cour de céans que le recourant était officiellement candidat aux élections du Conseil communal de la Ville de [...] du 7 mars 2021. Cet engagement ne paraissait pas compatible avec l'état de santé allégué. L'intimé a produit à cette occasion le profil de l'assuré figurant sur le site internet du parti politique auquel il était affilié et une publication Facebook dudit parti le concernant.

Le 8 mars 2021, le recourant s'est déterminé sur le courrier précité, exposant que l'intimé se fourvoyait sur la nature de ce prétendu engagement politique qui n'avait rien à voir avec l'exercice d'une activité lucrative à plein temps soumise à des exigences de rendement. Il existait par ailleurs des conseillers communaux au bénéfice d'une rente AI. Il avait du reste entrepris cette démarche - sans obtenir de succès - pour tenter de sensibiliser la population aux sorts des personnes en situation de handicap et pour rompre avec son isolement social.

Dupliquant le 22 mars 2021, l'intimé a confirmé ses conclusions en rejet du recours. Il s'est référé à un avis SMR du 16 mars 2021, dans lequel celui-ci revenait sur les arguments de la Dre N._____. Le fonctionnement de l'assuré décrit par la psychiatre avait déjà été relevé par les experts du Bureau d'expertise M._____ et ne s'était pas péjoré depuis lors. L'assuré disposait également de ressources lui permettant d'exercer une activité politique soutenue, mener une campagne électorale et envisager une activité politique. La symptomatologie présentée par l'assuré et son fonctionnement ne reposaient sur aucune pathogénèse ni étiologie claires, sans constat de déficit organique. Il n'y avait donc pas d'élément justifiant de s'écarter des conclusions de l'expertise.

C. Par courrier du 1^{er} juillet 2021, le juge instructeur a informé les parties qu'une expertise psychiatrique paraissait nécessaire. L'OAI ne s'y est pas opposé (déterminations du 19 août 2021), tandis que le recourant a préconisé de confier sa mise en œuvre à un spécialiste du trouble dissociatif (déterminations du 23 août 2021).

Le 15 septembre 2021, le juge instructeur a confié au Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser ladite expertise. Par courrier du 15 octobre 2021, le Dr O._____ a indiqué qu'une évaluation neuropsychologique, qui serait confiée à W._____, serait souhaitable. Les parties n'ont pas émis d'objection à cette proposition. Le 4 novembre 2021, le juge instructeur a invité le Dr O._____ à se mettre directement en rapport avec le neuropsychologue W._____ pour la réalisation de l'expertise.

Le Dr O._____ a rendu son rapport le 2 février 2022. Il a posé les diagnostics incapacitants de trouble (dissociatif) de conversion mixte (F44.7) et de trouble bipolaire, épisode actuel dépressif moyen (F31.3). L'assuré était totalement incapable de travailler dans toute activité depuis le 27 juin 2016 en raison de son trouble dissociatif mixte. Il présentait également des grandes difficultés dans le milieu protégé que lui offrait le Graap. L'expert a retenu des limitations fonctionnelles, à savoir des

difficultés d'adaptation aux règles et aux routines, une faible endurance, une fragilité face au stress et des difficultés relationnelles. La prise en charge actuelle était adaptée et des mesures professionnelles étaient à ce jour prématurées. Elles deviendraient indiquées si l'état de santé s'améliorait. Le Dr O._____ s'est également référé aux conclusions du neuropsychologue W._____, dont il a joint le rapport du 13 janvier 2022. Celui-ci a rapporté que son examen avait mis en évidence une efficacité intellectuelle hétérogène à la WAIS-IV qui ôtait toute validité au quotient intellectuel total, un ralentissement dans plusieurs tâches attentionnelles et un grand nombre d'omissions en attention sélective et soutenue, des difficultés exécutives limitées à la fluence verbale littérale et à une tâche d'alerte ou abondaient les réponses anticipées traduisant un éventuel trouble de l'inhibition, un indice de mémoire des chiffres dans la norme mais peu valide du fait de l'écart entre les sous-tests le constituant et des tâches de cognitions sociales déficitaires. Le neuropsychologue a enfin relevé que des indicateurs intégrés et le mode de réponse à une tâche spécifique de validation des performances suggéraient une possible exagération des symptômes. Toutefois, il a conclu à un défaut d'effort lié au diagnostic de troubles dissociatifs, dès lors que ce trouble pouvait induire des troubles cognitifs et comportementaux suggérant un trouble neurologique, sans substrat organique. La faiblesse en mémoire de travail et certains scores atypiques obtenus s'observaient chez les patients bipolaires, soit un diagnostic retenu en l'occurrence.

Le 23 février 2022, le recourant a adhéré aux conclusions de l'expert et a confirmé les conclusions formulées au stade du recours.

L'OAI s'est déterminé le 7 mars 2022, renvoyant plus précisément à un avis du SMR du 25 février 2022. Dans cet avis, le Dr J._____ a contesté les conclusions de l'expertise du Dr O._____. Il a notamment reproché à l'expert de ne pas avoir réalisé d'examen neurologique avant de retenir le diagnostic de trouble (dissociatif) de conversion mixte. Il a relevé qu'une « brève recherche de littérature sur Pubmed » n'était pas significative et ne renforçait pas l'appréciation diagnostique. Selon lui, l'expert avait au demeurant écarté les diagnostics

différentiels de manière trop expéditive et s'était fondé sur des éléments non pertinents pour contester les conclusions des experts du Bureau d'expertise M._____, tels que le mécontentement de l'assuré à leur rencontre. Il a enfin critiqué l'appréciation des résultats des examens faite par le neuropsychologue.

Le recourant s'est encore déterminé le 11 mars 2022.

E n d r o i t :

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

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

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], 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 rendue le 3 septembre 2020 (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).

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait

valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

4. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

5. a) Pour 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

6. a)

aa) L'intimé a nié au recourant tout droit à une rente au motif qu'il ne présente aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité. L'intimé s'est fondé principalement sur l'expertise réalisée par le Bureau d'expertise M._____ en procédure administrative.

Dans leur rapport du 3 juin 2019, les experts du Bureau d'expertise M._____ ont écarté tout diagnostic incapacitant. Ils ont

également exclu une atteinte somatique invalidante, en particulier une atteinte neurologique, et ont posé le diagnostic psychiatrique de trouble mixte de la personnalité, immature et dépendante, dont ils estiment qu'il n'entraîne pas d'incapacité de travail.

bb) Sur l'absence d'atteinte somatique, l'expertise est probante. Il ressort en effet des pièces au dossier que les atteintes somatiques dont souffre le recourant ne sont pas incapacitantes. Alors que l'assuré évoque deux épisodes de paralysie hémicorporelle gauche survenus en 2013 et 2014, les examens médicaux réalisés écartent tout AVC ou AIT (cf. rapports du 23 mai 2013 de la Dre Z._____ et du 14 juin 2014 de la Dre X._____) pour ne retenir qu'une crise de goutte. Une évaluation neuropsychologique réalisée le 27 septembre 2017 par la Prof. F._____ et la psychologue [...] a définitivement exclu tout AVC ou AIT. En avril 2018, les Drs V._____ et Q._____ suspectent la présence d'une démence fronto-temporale. Des examens complémentaires réalisés la même année n'étaient toutefois pas cette pathologie, ni aucune autre pathologie permettant d'expliquer le tableau clinique (rapport du 12 octobre 2018 du Dr L._____). La situation s'améliore même, comme l'a constaté le Dr A._____ dans son rapport du 4 février 2020. Fondé sur ce qui précède, c'est de manière convaincante que les experts ont écarté toute atteinte neurodégénérative.

cc) En revanche, le volet psychiatrique de l'expertise laisse place à certains doutes. La motivation relative à l'appréciation de la capacité résiduelle de travail est peu développée. Elle repose sur le constat de nombreuses divergences au dossier, que les experts illustrent par trois exemples : d'abord l'allégation d'une anhédonie majeure et d'une aboulie, contrastant avec les multiples relations sexuelles du recourant avec de jeunes homosexuels, son activité sur les sites de rencontre et sa fréquentation de bars gays ; ensuite l'allégation d'une fatigabilité et de troubles de la mémoire qui ne sont pas objectivés à l'examen clinique ; enfin, un comportement de l'assuré différant notablement entre sa présentation en salle d'attente et dans le cabinet. L'appréciation de la capacité de travail repose également sur la description d'une liste de

ressources et de limitations par les experts. Cette liste est toutefois peu structurée et l'on peine à déterminer quels éléments ont été jugés déterminants ou, au contraire, peu révélateurs, ainsi que les liens entre les différents éléments listés. On trouve également peu de lien avec l'argumentation diagnostique. Le diagnostic psychiatrique est au demeurant lui-même peu motivé, avec pour principal indice « le fonctionnement de l'expertisé sous forme de conduites immatures ; de fréquentations homosexuelles avec de jeunes étudiants et des relations affectives vécues sur un mode dépendant ». Par ailleurs, sur le plan neurologique, les experts ont certes nié de manière probante l'existence d'une atteinte à la santé, mais ont ajouté devoir admettre que « pour des raisons non neurologiques, les troubles sont probablement fixés et rendent illusoire une reprise d'une quelconque activité professionnelle » (expertise, p. 41/60). On pouvait attendre de leur part qu'ils précisent ce qu'ils entendaient par-là, en particulier qu'ils discutent d'une éventuelle simulation, si c'est ce à quoi ils pensaient. Enfin, on cherche en vain dans l'expertise une discussion relative à la brusque modification de comportement observée chez l'assuré dès 2013, alors qu'il vivait apparemment une vie de couple relativement rangée auparavant, « sans antécédant psychiatrique notoire », selon les experts (expertise, p. 28/60). Cette soudaine modification comportementale a été telle que l'assuré a dû être approché par la Fondation Profa dans un contexte de comportements à risques. Il aurait été nécessaire, à tout le moins, que les experts envisagent et discutent d'une éventuelle origine psychiatrique à cette brusque modification, sans se limiter à poser un diagnostic de trouble de la personnalité qui serait ainsi soudainement apparu chez un assuré âgé à l'époque de 44 ans.

dd) Il n'est pas exclu que les experts du Bureau d'expertise M. _____ aient renoncé à développer en détail leur appréciations, estimant qu'ils étaient en présence d'une situation qui relevait manifestement d'une exagération ou d'une simulation de la part de l'assuré. Plusieurs rapports au dossier soulèvent toutefois de sérieux doutes sur ce point.

Il s'agit notamment des rapports établis les 9 septembre et 17 octobre 2019 par les Drs S._____ et C._____. La Dre N._____ a également établi, le 23 février 2021, un rapport particulièrement détaillé et motivé, dans lequel elle explique pour quels motifs le diagnostic de troubles mixtes de personnalité immature et dépendante (F61.0) est problématique à plusieurs égards. Elle expose d'abord que la question de l'immaturation est discutée par les auteurs comme un trait, qui ne constitue pas un diagnostic en soi mais pourrait être une composante de plusieurs troubles psychiatriques. Le diagnostic retenu par le Bureau d'expertise M._____ n'explique notamment pas les épisodes de malaise survenus en 2013 et 2014, le changement de personnalité apparu en 2013, les troubles cognitifs et le détachement affectif. L'expert psychiatre du Bureau d'expertise M._____ avait en outre écarté le diagnostic de trouble dépressif caractérisé retenu par les médecins traitants, au motif que les résultats obtenus à l'échelle d'Hamilton n'étaient pas revenus positifs. Il n'était toutefois pas possible de vérifier cette appréciation, dès lors que le détail de cette cotation n'était pas disponible. La Dre N._____ précise encore que l'absence de lésion organique ne signifie pas une absence totale d'atteinte. Elle émet enfin des hypothèses pouvant expliquer certaines incohérences observées par les experts ; elle évoque en particulier des troubles dissociatifs, en étayant systématiquement cette hypothèse par les observations des différents intervenants.

Enfin, un compte-rendu de l'assistante sociale [...] du 9 décembre 2021 (pièce 21 du bordereau du recourant produit à l'appui de sa réplique) fait également état de difficultés du recourant dans son activité au Graap qui paraissent très importantes. Elle rapporte notamment une forte fatigabilité, des retards réguliers le matin, des difficultés à communiquer, une tendance à se déconnecter des discussions ou à agir selon ses humeurs, un comportement exubérant mais également un manque d'empathie et une attitude tendant à rester à l'écart.

b)

aa) Compte tenu de ces circonstances, le juge instructeur a ordonné une expertise judiciaire afin de lever les doutes relatifs à l'état de

santé psychique du recourant et à sa capacité de travail. Cette expertise a été établie par le Dr O._____, qui s'est adjoint les services du neuropsychologue W._____ pour un complément d'expertise. Les rapports établis par ces deux médecins satisfont aux conditions posées par la jurisprudence, ce qui permet de leur reconnaître une pleine valeur probante.

Le Dr O._____, en particulier, a pris soin de soupeser soigneusement les différents indices dont il disposait avant de poser un diagnostic et une appréciation relative à la capacité de travail du recourant. Son expertise est nuancée et, autant que possible, motivée à l'aide de références à ses propres observations cliniques, à celles des tiers en contact avec l'assuré ou encore à des faits établis. L'expert s'est efforcé de relativiser les déclarations de l'assuré et ne s'est pas fondé sur ses seules allégations. Il n'est pas davantage parti du principe, à l'inverse, qu'elles n'avaient aucune valeur - ce qui aurait également été contraire à son mandat - sachant trouver la juste distance critique. Il réfute ainsi le diagnostic de trouble mixte de la personnalité, immature et dépendante, posé par les médecins du Bureau d'expertise M._____, en soulignant qu'il n'explique pas la soudaineté du changement observé chez l'assuré en 2013. Il observe également que les experts du Bureau d'expertise M._____ auraient dû évoquer et discuter d'un éventuel trouble factice ou d'une simulation. Il ajoute, comme la Dre N._____ avant lui, que le fait de qualifier des plaintes de « fonctionnelles » ne permet pas de les écarter d'emblée en faisant l'impasse sur l'éventualité d'une pathologie psychiatrique qui les fonderaient. Enfin, il pose le diagnostic de trouble (dissociatif) de conversion mixte et de trouble bipolaire, épisode actuel dépressif moyen, en exposant clairement et de manière détaillée en quoi ces diagnostics lui paraissent correspondre à la situation du recourant. Il explique également en quoi ils pourraient paraître atypiques par certains aspects et exprime ses doutes sur le diagnostic de trouble bipolaire, estimant néanmoins qu'il doit être retenu en se fondant sur le critère de la vraisemblance prépondérante. Enfin, il étaye son appréciation relative à la capacité de travail par les limitations fonctionnelles qu'il décrit et souligne qu'en l'état, le recourant ne fonctionne pas correctement même dans un

milieu protégé et très tolérant comme le Graap, ce qui est également attesté par l'assistante sociale (cf. attestation du 9 décembre 2021). Il précise que ces limitations découlent essentiellement du diagnostic de trouble dissociatif mixte, qu'il qualifie de grave.

bb) L'intimé conteste la valeur probante de cette expertise en se référant à un avis du SMR rédigé par le Dr J._____ le 25 février 2022. La prise de position de ce médecin manque toutefois singulièrement de pondération et ne saurait emporter la conviction.

Dans un dossier manifestement difficile à évaluer, comme l'a souligné l'expert, le médecin du SMR, qui ne dispose pas d'un titre de spécialiste en psychiatrie si l'on se réfère au Registre des professions médicales tenues par l'Office fédéral de la santé publique, paraît faire preuve de beaucoup de certitude. Alors que l'expert a pris soin de pondérer les différents indices dont il disposait, dans un sens ou dans l'autre, le Dr J._____ semble tenter de systématiquement minimiser les difficultés du recourant. Ainsi ne peut-on reprocher à l'expert de s'être référé à des dépenses excessives ayant entraîné des difficultés financières pour envisager un trouble bipolaire, avec au demeurant beaucoup de prudence sur ce diagnostic. On ne saurait réduire les problèmes évoqués, comme le fait le Dr J._____, à un épisode anecdotique avec de simples difficultés financières consécutives au divorce ou liées à la nécessité de renouveler sa garde-robe après une perte de poids, ni cette perte de poids à une simple volonté de soigner son apparence physique, alors que ce changement physique a inquiété son entourage, que l'assuré s'est retrouvé dans une situation financière telle qu'elle a nécessité l'intervention durable d'un Centre social régional pour l'aider à se gérer et qu'il a brusquement changé d'orientation sexuelle et adopté un comportement à risques, avec près de 17 partenaires par semaine, ce qui a conduit à l'intervention de Profa. Sur ces différents points, le Dr O._____ a pris soin de mettre au conditionnel certaines allégations de l'assuré, tout en mettant en évidence qu'elles trouvaient un appui certain dans les observations des médecins traitants et des différents intervenants de l'époque.

En ce qui concerne l'incapacité de l'assuré à maintenir une relation durable, on voit mal qu'elle soit remise en cause par le fait qu'au moment de l'expertise du Bureau d'expertise M._____, il avait une relation intime avec un homme de son âge depuis un mois et demi, ou par le fait que, dans un rapport de février 2021, le Dr L._____ a observé que l'assuré s'était présenté accompagné de son ami. On ne saurait déduire de ces relations « non ponctuelles », pour reprendre les termes du Dr J._____, que l'expert n'aurait pas suffisamment investigué la capacité de l'assuré à maintenir une relation durable. Le Dr O._____ a au contraire expressément mentionné que l'assuré lui avait déclaré n'avoir pas « d'ami de cœur » et lui avoir rapporté, pour les dernières années, des liaisons homosexuelles qui n'avaient pas duré. Il était aujourd'hui « canalisé » au travers d'un suivi médical et la recherche de partenaires n'était plus au premier plan. L'assuré avait déclaré s'en tenir à des relations occasionnelles qui étaient aussi fondées sur l'amitié. Rien ne permet donc de considérer que l'expert n'en aurait pas tenu compte dans son appréciation.

Le Dr J._____ se livre également à une présentation sans nuance des faits, voire à une interprétation tendancieuse de ceux-ci. Il fait notamment grief à l'expert de s'être référé à une brève « recherche de littérature sur Pubmed », lors de laquelle il aurait « découvert » une association diagnostique rare entre un trouble dissociatif et un trouble affectif bipolaire. Le Dr O._____ n'a toutefois jamais indiqué avoir découvert cette association à l'occasion de cette recherche, mais a précisé avoir retrouvé, par cette recherche, les publications scientifiques qui traitent d'une telle association. La critique du Dr J._____ sur ce point paraît infondée. Plus loin, le Dr J._____ reproche à l'expert d'avoir considéré que l'assuré était indifférent aux résultats de la procédure asséurologique, alors qu'il aurait fait intervenir son conseil juridique quelques mois après le dépôt de sa demande, avant tout projet de décision, et que son opposition aurait nécessité pas moins de six avis médicaux du SMR et une expertise judiciaire. L'expert a toutefois simplement observé que les revendications économiques de l'assuré

n'étaient pas au premier plan, en ajoutant que s'il avait fait recours, il se montrait toutefois plutôt passif, voire désintéressé du résultat de la procédure. Ce constat n'est en rien incompatible avec le fait que l'avocat de l'assuré, qui le représentait alors dans la procédure de divorce, se soit dans ce contexte renseigné sur l'avancement de la procédure devant l'assurance-invalidité, pour la première fois le 28 septembre 2017, ni que l'assuré ait par la suite fait valoir ses droits par l'intermédiaire de son avocat, sans que rien n'indique qu'il se soit montré particulièrement revendicateur. Le fait que le SMR ait dû se prononcer à six reprises paraît sans rapport avec le comportement de l'assuré en procédure et ne constitue en aucun cas un indice que les revendications économiques de l'assuré seraient au premier plan. Plus loin encore, le Dr J. _____ reproche à l'expert d'avoir fait état du mécontentement de l'assuré à l'encontre de l'expertise du Bureau d'expertise M. _____ pour en critiquer le rapport, estimant que ce mécontentement ne serait « pas recevable ». Rien n'indique toutefois que le Dr O. _____ aurait tiré une quelconque conclusion de l'insatisfaction du recourant quant au déroulement de l'expertise du Bureau d'expertise M. _____. Il s'est au contraire limité à reproduire en deux lignes ce que l'assuré lui a déclaré, en ajoutant n'avoir pas les moyens de vérifier ces déclarations. Il a ensuite exposé les raisons pour lesquels il s'écartait des constatations des médecins du Bureau d'expertise M. _____ sur le plan psychiatrique. Au passage, on observera que le Dr O. _____ a considéré à juste titre que l'expertise du Bureau d'expertise M. _____ avait permis d'exclure une maladie neurologique ou une affection cérébro-organique, comme l'avaient également admis les médecins traitants de l'assuré. Cela rendait donc inutile un nouvel examen neurologique, en dépit de la critique émise par le Dr J. _____ à ce propos. Dans le même sens, on ne reprochera pas à l'expert neuropsychologue W. _____ d'avoir renoncé à certains tests de validation de symptôme alors même qu'il concluait d'ores et déjà, sur la base des tests effectués, à l'existence de facteurs non neuropsychologiques, sans lien avec une affection organique cérébrale. Il concluait, plutôt qu'à une exagération des symptômes, à un défaut d'effort lié au diagnostic de trouble dissociatif posé par le Dr O. _____. Sans être neuropsychologue, le Dr J. _____ semble toutefois d'avis que quelques

tests neuropsychologiques supplémentaires auraient permis de constater ou d'exclure une simulation. On ne saurait le suivre sur ce point, compte tenu du caractère particulièrement complexe du trouble dissociatif et de ses manifestations.

Finalement, le seul grief sur lequel on peut suivre le Dr J._____ à propos de l'expertise du Dr O._____ est celui de n'avoir pas discuté avec le recourant de sa carrière politique. Les pièces au dossier relatives à cette carrière se résument toutefois à une impression d'une page internet du parti auquel adhère le recourant, plus particulièrement à son profil. Quand bien même un avis du SMR du 16 mars 2021 s'y réfère expressément, on peut concevoir que l'expert n'y ait pas prêté autant d'attention qu'il aurait fallu. Il est toutefois très exagéré d'en déduire en 2022, comme le fait le Dr J._____, « [qu']on peine à croire que l'assuré ne lise pas les journaux et ne suive pas l'actualité alors même qu'il est engagé de longue date, et de manière régulière et soutenue, dans une activité politique, au point, encore en mars 2021, d'être apte à mener campagne pour une élection au Conseil communal d'une des plus grandes villes de Suisse ; en étant soutenu par un parti politique important de la région, avec les facultés relationnelles et intellectuelles que cela implique ». Il en va de même des déductions que fait le médecin du SMR d'une phrase relative à un sujet d'actualité attribuée au recourant et figurant sur une publication Facebook de son parti. En réalité, le profil litigieux permet tout au plus de conclure que le recourant a figuré sur la liste d'un parti politique pour les élections communales de [...] en début d'année 2021. Une brève consultation de la liste des élus permet de constater que cette tentative a échoué et une consultation du profil internet en question révèle qu'il n'a pas été actualisé depuis. Ces éléments sont donc insuffisants pour considérer que le recourant aurait eu une activité politique et sociale incompatible avec les diagnostics et l'incapacité de travail constatés par le Dr O._____, ni que cette activité l'aurait conduit, s'il y avait été plus attentif, à voir le dossier sous un jour différent, compte tenu des nombreuses autres circonstances qu'il a prises en considération et analysées. Dans ce contexte, on observera qu'il est notoire que les partis ont souvent des difficultés à recruter suffisamment de candidats

pour leurs listes électorales, au point que le simple fait d'y figurer ne permet pas de tirer des conclusions relatives à l'absence de difficultés relationnelles et sociales.

c) Il résulte de ce qui précède que les constatations du Dr O._____, émises au terme d'un rapport probant, établissent au degré de la vraisemblance prépondérante que le recourant présente un trouble dissociatif et un trouble bipolaire, qui entraînent une incapacité de travail totale depuis le 27 juin 2016 au moins. Vu la demande déposée le 14 février 2017, le recourant a droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2017, compte tenu d'un délai de carence de six mois depuis le dépôt de la demande (art. 29 al. 1 LAI).

7. a) En conséquence, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il alloue une rente entière d'invalidité à l'assuré, à partir du 1^{er} août 2017.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'800 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 3 septembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il alloue à P._____ une rente entière d'invalidité, avec effet au 1^{er} août 2017.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P._____ une indemnité de 2'800 fr. (deux mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Eric Cerottini (pour P._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :