

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 octobre 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Durussel, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourant, représenté par Me Muriel Vautier, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. A la suite d'une procédure de détection précoce, B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, a rempli le 20 juin 2015 un formulaire de demande de prestations AI, que l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a réceptionné le 23 juin 2015. Au bénéfice d'un diplôme de géologie obtenu en Serbie, l'assuré a travaillé comme mécanicien de précision en Suisse. Il a indiqué qu'il se trouvait en totale incapacité de travail depuis décembre 2010 en raison d'un état dépressif réactionnel et de troubles somatiques algiques.

Dans un rapport du 10 juillet 2015, le Dr N._____, spécialiste en cardiologie et médecine générale, a noté que l'assuré présentait une cardiomyopathie idiopathique, qui ne lui permettait pas d'exercer une profession physique intense avec des charges lourdes ou un effort continu.

Le Dr X._____, psychiatre traitant de l'assuré, a établi un rapport à l'attention de l'OAI le 21 mars 2016. Il a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotique (F33.2), d'anxiété généralisée (F41.1) et de troubles mixtes de la personnalité (F61.0), ainsi que le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). Le suivi psychique, auparavant assuré par le médecin traitant, avait eu lieu entre le 18 juin 2015 et le 16 novembre 2015. Les restrictions à la reprise d'une activité étaient un sévère abaissement de l'élan vital, une grande fatigabilité, une baisse de l'attention et de la concentration, des troubles mnésiques et d'importantes difficultés relationnelles. Selon le Dr X._____, on ne pouvait pas s'attendre à une reprise d'une activité professionnelle.

Dans un rapport du 16 mai 2016, le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de lombalgie chronique récurrente sur spondylose, discopathie dégénérative lombosacrée et facettarthrose L4-L5-S1, de scoliose lombaire à convexité gauche, de douleur de la base

des pouces sur rhizarthrose, d'arthrose interphalangienne proximale et distale diffuse avec flexum interphalangien distal de l'ensemble des doigts 2 à 5, de cardiomyopathie idiopathique, prolapsus mitral et régurgitation minime. Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné un trouble dépressif récurrent, un reflux gastro-œsophagien anamnestique et une thalassémie mineure. Le Dr L. _____ estimait que l'activité de mécanicien opérateur n'était plus exigible et envisageait la possibilité pour l'assuré de reprendre prochainement une activité sédentaire ne comportant pas d'effort contraignant pour le dos, ni d'activité manuelle, ni de port de charges répétitif, dans un premier temps durant maximum 4 heures par jour.

Répondant aux questions de l'OAI, le Dr W. _____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, a indiqué le 6 juillet 2016 que l'incapacité de travail était totale depuis novembre 2015, que la fonction cardiaque déficitaire entraînait une baisse de la capacité de résistance aux douleurs rachidiennes chroniques, rendant la station verticale et le port de charge impossibles. Il a transmis plusieurs rapports médicaux, parmi lesquels figurait le résultat d'une IRM lombaire et des articulations sacro-iliaques du 28 avril 2016, qui avait montré une discopathie touchant essentiellement les deux derniers niveaux, avec une protrusion postérieure médiane et paramédiane en L5-S1, sans conflit radiculaire associé, et une protrusion avec une petite composante de hernie discale foraminale gauche en L4-L5, qui pourrait éventuellement générer une atteinte irritative avec l'émergence de la gaine radiculaire L5 gauche.

Le 12 septembre 2016, le Dr W. _____ a fait savoir que les symptômes de l'assuré sur le plan rachidien s'étaient plutôt exacerbés. Ses limitations étaient essentiellement psychiatriques, alors que sur le plan ostéo-articulaire, elles concernaient principalement le rachis (se pencher, soulever ou porter plus de 5 kg, travailler accroupi ou sur une échelle ou un échafaudage, rester dans une position identique prolongée, marcher en terrain accidenté). Le médecin traitant a par ailleurs mentionné que le suivi psychiatrique était toujours en cours auprès du Dr X. _____ depuis plus d'un an, précisant que l'assuré bénéficiait d'une

psychothérapie hebdomadaire, d'un traitement psychotrope avec antidépresseurs, somnifères et anxiolytiques en réserve.

Lors d'un appel téléphonique du 26 avril 2017, le Dr W. _____ a informé le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) que l'assuré semblait aller mieux sur le plan psychiatrique et qu'il ne s'opposait pas à la reprise d'une activité adaptée, dans un premier temps à 50 %.

Selon un rapport du Dr N. _____ du 30 mai 2017, l'évolution de la dysfonction ventriculaire gauche était favorable.

Dans un rapport du 26 septembre 2018, le Dr W. _____ a posé les diagnostics de syndrome polyalgique et poly-arthropathique de type insertionniste, de lombalgies chroniques, d'anémie hémolytique sur thalassémie et a repris les diagnostics psychiatriques posés par le Dr X. _____, précisant que l'assuré était suivi par ce psychiatre. Le médecin traitant a considéré que l'incapacité de travail était totale depuis janvier 2014, que l'assuré était incapable d'investir une activité et que ses limitations fonctionnelles étaient un déficit important de la capacité de concentration, une capacité de compréhension limitée, une limitation linguistique, une difficulté d'anticipation, une désorganisation, une anxiété, une rigidité, un manque d'autonomie, des douleurs chroniques incapacitantes et une asthénie amplifiée par l'anémie.

A l'initiative du SMR (avis du 14 novembre 2018), une expertise pluridisciplinaire a été mise en œuvre et confiée à T. _____.

Dans un rapport du 15 avril 2019 établi à l'attention des experts de T. _____, le Dr W. _____ a mentionné ce qui suit :

« Ce suivi porte sur les affections suivantes :

- des lombalgies chroniques mécaniques sur spondylose et facetarthrose L4-L5 et L5 S1 avec troubles de la statique et scoliose lombaire à convexité gauche, avec fréquentes poussées algiques aiguës,
- arthralgies des mains et des pieds avec arthrose interphalangienne,

- cardiomyopathie idiopathique avec prolapsus mitral,
- thalassémie avec fréquents épisodes d'hémolyse avec hypotension,
- œsophagite et gastrite avec reflux gastro-œsophagien,
- asthénie intense récurrente avec précordialgies atypiques,
- insertionite avec douleurs à la palpation profonde des gros tendons et douleurs pol[y] articulaires fluctuantes pouvant faire poser le diagnostic de fibromyalgie.

Par ailleurs et comme motif de consultation le plus régulier il convient de noter l'existence d'un état anxiodépressif chronique avec épisode sévère, ayant nécessité le partage de sa prise en charge avec un confrère psychiatre, cet état réactionnel ayant débuté au moment de la survenue du cancer du sein de son épouse, de la perte de son emploi qu'il a vécu comme une grave injustice, et d'un conflit culturel et identitaires très violent qui l'a opposé à sa fille aînée.

La survenue concomitante de ces trois facteurs a totalement déséquilibré ses repères. Depuis on note des troubles de l'appétit avec amaigrissement, des troubles du sommeil, et des phases anxieuses particulièrement mal maîtrisées avec perte de l'estime de soi et repli sur soi. »

Les Drs Q._____, médecin praticien, Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S._____, spécialiste en rhumatologie, ont rendu leur rapport d'expertise le 4 juillet 2019, dans lequel ils ont pris les conclusions suivantes :

« 1.1.d.3 Diagnostics d'éléments pertinents avant une incidence sur la capacité de travail

1. Syndrome lombo-vertébral, avec un léger dérangement intervertébral à la hauteur de L4-L5, sans radiculaire, sur une arthrose postérieure et des discopathies étagées L4-L5 et L5-S1
2. Arthrose digitale non inflammatoire
3. Cardiopathie idiopathique associée à un prolapsus mitral et une régurgitation minime

1.1.d.4 Diagnostics d'éléments pertinents sans incidence sur la capacité de travail

1. F60.8 Trouble de la personnalité narcissique
2. F33.4 Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission
3. Hernie inguinale
4. Reflux gastro-œsophagien compliqué par une œsophagite
5. Déconditionnement physique avec un IMC à 23.3 dans les normes
6. Thalassémie mineure

[...]

1.1.d.13 Réponses aux questions supplémentaires [...]

- Présence d'une incapacité de travail durable engendrée par une atteinte à la santé, à quel taux et depuis quand ?

Du point de vue psychiatrique, la personne assurée a une capacité de travail qui n'est pas évaluable dans le passé en l'absence de certificats du spécialiste pour cette période.

La personne assurée a eu un suivi psychiatrique irrégulier depuis 2010 et il n'y a pas assez de documents pour répondre à cette question et notamment évaluer la durée de ses épisodes dépressifs aigus dans le cadre de son trouble dépressif récurrent (les certificats établis le sont pour des durées d'années, ce qui n'est pas compatible avec des épisodes dépressifs qui eux évoluent sur des mois).

Du point de vue **rhumatologique**, dans une activité adaptée, la capacité de travail a toujours été de 100%.

Du point de vue de la **médecine interne**, la capacité de travail a toujours été de 100% en respectant les limitations fonctionnelles, sauf durant les hospitalisations.

- Capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, à quel taux et depuis quand ?

Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée a actuellement une capacité de travail de 100%. Dans le passé, elle a présenté des épisodes dépressifs au cours desquels sa capacité de travail était de 0%. Ces épisodes ne sont toutefois pas suffisamment documentés pour que l'expert puisse donner des indications précises au sujet de la capacité de travail rétrospective.

Du point de vue **rhumatologique**, dans l'activité habituelle, la capacité de travail est de 0% au minimum depuis avril 2016.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail a toujours été de 100%.

Du point de vue de la **médecine interne**, la capacité de travail a toujours été de 100% en respectant les limitations fonctionnelles, sauf durant les hospitalisations.

- Les limitations fonctionnelles à retenir ?

Du point de vue **psychiatrique**, sans objet.

Du point de vue **rhumatologique**, l'examen retrouve un syndrome lombo-vertébral qui justifie un profil d'effort avec un travail qui lui permette d'éviter de lever et de porter des charges de plus de 10 kg, en alternant les positions assise et debout. Une activité demandant une sécurité augmentée comme monter sur des échafaudages ou des échelles devrait être évitée. Les activités en posture forcée et demandant de se pencher en avant devraient être évitées.

Du point de vue de la **médecine interne**, les précautions d'usage à observer sont : pas de port de charges de plus de 10 kg en raison de la cardiomyopathie. »

Dans un avis du 14 août 2019, le SMR a repris les conclusions de l'expertise, si ce n'est qu'il a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis 2015 en raison de l'atteinte cardiaque. La capacité de travail dans une activité adaptée avait toujours été entière et les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : éviter les efforts contraignant pour le rachis, alternance des positions assises et debout, privilégier l'activité sédentaire, pas de travail sur des échafaudages, pas de travail de force manuelle répétitif et prolongé, éviter le port de charge de plus de 10 kg, et des difficultés relationnelles.

Par projet de décision du 30 août 2019, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité au motif que son degré d'invalidité n'était que de 10 %. Celui-ci avait été calculé sur la base des données salariales statistiques et comportait un abattement de 10 % en raison de ses limitations fonctionnelles et de son âge. Une aide au placement lui a été proposée par courrier du même jour.

L'assuré a présenté ses objections par courriers de sa mandataire des 4 octobre et 13 décembre 2019. Il a pour l'essentiel reproché à l'OAI de ne pas avoir suffisamment instruit sur le plan psychiatrique, précisant qu'il avait repris un suivi chez le Dr X._____, à qui ni l'OAI ni T._____ n'avaient demandé de rapport actualisé. S'agissant du calcul de son degré d'invalidité, il estimait en outre qu'un abattement de 15 % se justifiait.

L'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 5 décembre 2019, dans lequel le Dr X._____ et la psychologue A._____ ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), d'anxiété généralisée (F41.1) et de troubles mixtes de la personnalité (Z56). Ils ont mentionné l'anamnèse de l'assuré, qui décrivait une enfance difficile, et précisé que le suivi psychiatrique était observé de manière irrégulière.

Le 4 mars 2020, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait consulté un nouveau psychiatre et a sollicité l'octroi d'un délai pour produire un rapport circonstancié de la part de celui-ci.

Par courrier du 30 juin 2020, l'assuré a fait savoir que son nouveau psychiatre n'avait pas été en mesure de rédiger un rapport aux motifs que le suivi n'avait pas pu avoir lieu comme prévu en raison de la pandémie et qu'une évaluation neuropsychologique devait encore être effectuée. Il a produit un rapport de son médecin traitant du 4 juin 2020, dans lequel le Dr W. _____ a indiqué qu'après son arrivée en Suisse, l'assuré avait très rapidement présenté des troubles de type dépressif avec des épisodes sévères et des troubles de la personnalité, caractéristiques des personnes réfugiées, ce qui avait nécessité une prise en charge psychiatrique. Ces épisodes dépressifs sévères s'étaient multipliés dès 2008, le plus souvent de manière réactionnelle, après la perte de son emploi, le cancer du sein de son épouse et divers conflits familiaux. Ces conflits étaient la conséquence de ses troubles de la personnalité, qui rendaient ses contacts avec autrui, y compris ses proches, particulièrement difficiles, ce qui avait débouché sur un isolement social et une perte de l'estime de soi. Parmi les autres troubles constatés, le Dr W. _____ a noté des symptômes somatoformes, des idées interprétatives délirantes, des troubles du comportement alimentaire, des troubles du sommeil, etc. Le médecin traitant a en outre émis plusieurs critiques à l'encontre du volet psychiatrique de l'expertise.

Par décision du 10 septembre 2020, l'OAI a refusé de mettre l'assuré au bénéfice de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité, reprenant les termes de son projet de décision. Dans une lettre du même jour, il a pris position sur les arguments avancés par l'assuré, estimant que le rapport d'expertise avait pleine valeur probante, que l'experte psychiatre avait dûment expliqué les raisons pour lesquelles elle s'écartait de l'appréciation du psychiatre traitant, qu'elle avait relevé chez l'assuré une tendance à exagérer les symptômes ainsi qu'une certaine incohérence et qu'elle avait pris en compte ses ressources. Si des épisodes dépressifs pouvaient être reconnus par le passé, ils n'avaient pas

engendré d'incapacité de travail de plus d'une année. Le rapport du Dr X._____ n'apportait aucun élément nouveau et celui du Dr W._____ constituait une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée. Le taux d'abattement de 10 % devait être confirmé, étant rappelé que l'assuré était de nationalité suisse, étant par ailleurs précisé qu'un taux de 15 % ne permettrait de toute manière pas non plus l'octroi de prestations d'invalidité.

B. Par acte de sa mandataire du 14 octobre 2020, B._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision. Il a pour l'essentiel reproché à l'OAI de ne pas avoir suffisamment instruit sa situation médicale sur les plans psychiatrique et neuropsychologique. Il a précisé qu'après avoir bénéficié d'un suivi psychiatrique durant cinq mois en 2015, il avait ensuite repris un tel suivi jusqu'à ce jour. Il a considéré que le seul entretien téléphonique de l'experte de T._____ avec le Dr X._____ ne saurait suppléer un rapport médical actualisé. Il a expliqué qu'en dépit de ses demandes répétées, le Dr X._____ avait refusé d'actualiser son appréciation, ce qui avait rompu le lien de confiance et l'avait contraint à consulter un nouveau psychiatre. Il s'était ainsi rendu auprès du Dr I._____, qui avait fait réaliser une évaluation neuropsychologique par D._____. Le rapport établi le 18 août 2020 par cette dernière, produit à l'appui du recours, concluait à l'existence d'un ralentissement idéatoire et psychomoteur sévère, à des troubles sévères de la mémoire antérograde verbale et visuelle, à des difficultés attentionnelles marquées, à une dysfonction exécutive marquée et des gnosies visuelles non indemnes. Le Dr I._____ n'ayant établi aucun rapport médical par la suite, l'assuré avait consulté un troisième psychiatre, le Dr H._____, qui a pris position sur l'expertise de T._____ dans un courriel du 9 octobre 2020, produit en annexe. Le recourant a par ailleurs estimé qu'un abattement de 15 % devait être fait, afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de son âge, de sa nationalité irakienne et de son éloignement du monde du travail pendant dix ans. Il a

requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bi-disciplinaire, à la fois psychiatrique et neurologique (sic).

Dans sa réponse du 24 novembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant notamment à l'avis du SMR du 22 novembre 2020. Ce dernier mentionnait que le rapport d'examen neuropsychologique n'amenait pas de nouvel élément objectif puisqu'il évoquait des éléments de surcharge alors que l'experte psychiatre avait également retenu une certaine incohérence et exagération de la part de l'assuré. Le SMR a relevé que la situation avait pu se modifier entre l'expertise et l'évaluation du Dr H._____, dont le courriel n'amenait pas de nouvel élément objectif survenu avant la décision attaquée, susceptible de modifier celle-ci.

Par réplique du 15 avril 2021, le recourant a fait remarquer que l'attitude démonstrative qu'il avait eue durant l'expertise correspondait à la description du trouble narcissique, de sorte qu'elle n'était pas propre à douter de sa crédibilité et qu'une simple exagération ne justifiait en aucun cas à remettre en cause l'existence des troubles. Il a relevé plusieurs incohérences et contradictions dans l'expertise. Il a estimé que ses limitations fonctionnelles sur le plan psychique justifiaient un abattement supérieur à 10 %. Il a produit deux rapports du Dr H._____, l'un du 4 mars 2021 et l'autre non daté, dans lesquels il a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), d'accentuation de certains traits de la personnalité mixtes anxio-dépendants actuellement compensés (Z73.1) et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56). Il a estimé que l'incapacité de travail était totale mais que l'exercice d'une activité à 50 % était possible, pour autant qu'elle soit adaptée à sa situation physique et psychique. Le recourant a également produit un rapport du 1^{er} avril 2021 de la Dre J._____, médecin praticien et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant de son traitement au [...] à raison de trois demi-journées par semaine, depuis le 21 octobre 2020. Elle a confirmé, sur la base de ses observations, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, de trouble d'anxiété généralisée et trouble de la personnalité posés par le Dr I._____ et a estimé que le

recourant était actuellement en incapacité totale de travail dans son activité habituelle, ainsi que dans une éventuelle activité adaptée.

Par duplique du 5 mai 2021, l'OAI a estimé qu'il s'agissait d'appréciations différentes d'une même situation, qui n'apportaient pas de nouveaux éléments susceptibles de modifier son point de vue.

E n d r o i t :

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

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

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

3. a) 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).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de

lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

4. a) En l'occurrence, l'OAI a fait réaliser une expertise pluridisciplinaire auprès de T._____. Dans leur rapport du 4 juillet 2019, les Drs Q._____, Z._____ et S._____ ont conclu à l'existence d'une totale incapacité de travail sur le plan rhumatologique dans l'activité habituelle depuis avril 2016, et à la présence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avec épargne du dos. Le recourant conteste le volet psychiatrique de cette expertise et estime qu'une instruction complémentaire est nécessaire sur le plan psychique.

b) La Dre Z._____ a retenu les diagnostics de trouble de la personnalité narcissique (F60.8) et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), qu'elle a jugés sans incidence sur la capacité de travail.

Parmi les critiques émises à l'encontre de cette expertise psychiatrique, le Dr W._____ soulève le fait que l'examen n'a duré que 1h30, ce qui paraît insuffisant à ses yeux. La durée de l'expertise ne saurait, à elle seule, être déterminante. De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère qu'un entretien de courte durée entre l'expert et l'expertisé n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas (TF 9C_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Tel n'est toutefois pas le cas en l'occurrence. Le volet psychiatrique de l'expertise n'apparaît en effet guère convaincant. Il frappe en particulier par le manque d'informations qu'il contient, notamment sur les traitements psychiatriques suivis et la médication (pt

III.3.b.11) où il est uniquement indiqué que « la personne assurée a vu son médecin généraliste, un précédent psychiatre et son psychiatre actuel ». L'experte ne précise pas de quels psychiatres il s'agit et on ignore même si elle a posé la question au recourant, afin de déterminer quel praticien l'avait suivi par le passé et à quelle période. L'experte a contacté le Dr X._____ en date du 14 juin 2019, qu'elle qualifie de « psychiatre traitant » sans qu'on sache depuis quand le suivi a repris, étant rappelé que le seul rapport de ce spécialiste au dossier, daté du 21 mars 2016, indiquait qu'après un suivi de quelques mois en 2015, le recourant n'était plus venu en consultation. La Dre Z._____ rapporte de cet entretien téléphonique que selon le Dr X._____, « actuellement, la symptomatologie dépressive est atténuée grâce à l'effet du traitement médicamenteux et de la prise en charge psychothérapeutique, mais que la clinique initiale était bien plus sévère ». L'experte psychiatre n'a toutefois pas cherché à obtenir plus de renseignements à ce sujet, se contentant d'indiquer, s'agissant de l'évolution de la capacité de travail jusqu'au jour de l'expertise, qu'il n'y avait pas assez de documents pour répondre à cette question et notamment évaluer la durée des épisodes dépressifs aigus dans le cadre du trouble dépressif récurrent. Elle conclut ensuite que sur le plan psychiatrique, la personne assurée a une capacité de travail qui n'est pas évaluable dans le passé en l'absence de certificats du spécialiste pour cette période. Il appartenait cependant à l'experte de chercher à obtenir davantage d'informations sur l'évolution passée, en particulier auprès du Dr X._____ et de la psychologue A._____, qui disposent à l'évidence de notes sur le suivi du recourant. Outre le fait qu'une expertise doit être complète et détaillée pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, on ne saurait faire l'impasse sur l'existence d'épisodes dépressifs sévères par le passé au motif que ceux-ci n'auraient de toute façon pas engendré d'incapacité de travail de plus d'une année, comme l'OAI le relève dans sa lettre du 10 septembre 2020. Il faut rappeler à cet égard que le droit à une rente nécessite non pas une incapacité de travail de plus d'une année, mais une incapacité de travail moyenne de 40 % sur une année sans interruption notable, de sorte qu'on ne saurait d'emblée considérer que cette question n'avait pas à être éclaircie.

L'anamnèse contenue dans l'expertise s'avère également très peu fouillée. Il est fait référence à plusieurs reprises à l'enfance de la partie recourante, qui semble l'avoir particulièrement marquée, l'expertise faisant mention de la « ruminantion des événements survenus lorsqu'elle était enfant » (p. 29) et du fait qu'elle « est hantée par les vieux souvenirs » (p. 30). La description de sa jeunesse est toutefois succincte, en ce sens qu'on apprend seulement que le recourant, qui a perdu son père en raison d'un accident alors qu'il n'avait qu'un an, a dû travailler très jeune à côté de ses études, a dû jouer le rôle du chef de famille et aider sa mère, précisant que son frère aîné était « un cas psychiatrique ». On s'étonne toutefois du fait que l'experte n'ait pas interrogé davantage le recourant sur son enfance pour tenter de comprendre pour quelles raisons celle-ci continuait à le « hanter » et qu'elle se soit contentée de reprendre l'expression utilisée par le recourant pour désigner son frère, sans l'interroger sur ce qu'elle signifiait. Il faut à cet égard relever que si elle avait sollicité un rapport circonstancié de la part du Dr X. _____, comme mentionné ci-dessus, l'experte aurait eu accès à l'anamnèse que celui-ci et la psychologue A. _____ ont recueillie, dont il ressort que le recourant a eu une relation conflictuelle avec son frère aîné, âgé de dix ans de plus que lui, qui l'aurait maltraité et battu, qu'une de ses sœurs est décédée jeune enfant par électrocution, que son père aurait été assassiné, semble-t-il en laissant beaucoup de biens à sa famille (terres, bétail, magasins) qui avaient été gérés par son oncle puis par son frère, lequel avait tout transféré en son nom propre, laissant le recourant sans héritage (rapport du Dr X. _____ et de la psychologue A. _____ du 5 décembre 2019). L'experte ne précise par ailleurs pas si le caractère sommaire de l'anamnèse est dû à la personnalité de l'assuré. Sur ce point, le cursus professionnel du recourant aurait également dû être investigué davantage afin de vérifier l'impact de son trouble narcissique dans le cadre professionnel. L'experte s'est contentée de noter que le recourant avait travaillé comme mécanicien de précision de 2000 à 2010. Or son curriculum vitae, qui figure au dossier de l'OAI (pièce n° 5), révèle qu'en dehors d'un poste occupé durant trois ans de 2003 à 2006, le recourant a changé d'emploi chaque année durant le reste de la période de travail en Suisse, entre 2000 et 2010. En l'absence d'éclaircissements sur ce point,

l'experte ne pouvait simplement conclure que l'assuré présente des troubles de gravité moyenne, qui contribuent à rigidifier sa personnalité et à rendre difficile son adaptation à son environnement, sans toutefois interférer avec son activité professionnelle de mécanicien de précision (expertise p. 36).

En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des troubles psychiques, celle-ci doit faire l'objet d'une analyse détaillée à l'aune des indicateurs fixés par la jurisprudence (cf. consid. 3c supra). L'appréciation de la Dre Z._____ ne remplit pas ces exigences jurisprudentielles. En premier lieu, elle met en avant que les certificats médicaux d'incapacité de travail établis le sont pour des durées d'années, ce qui n'est pas compatible avec des épisodes dépressifs qui, eux, évoluent sur des mois (expertise pp. 39 à 41). L'experte méconnaît cependant le fait que le psychiatre traitant n'a pas établi de certificat médical d'incapacité de travail parce que ces documents étaient établis par le Dr W._____, comme il le précise dans son rapport du 21 mars 2016, et qu'il existait déjà une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle pour des raisons somatiques, confirmée d'ailleurs par l'expert rhumatologue. Comme mentionné, il aurait été nécessaire de solliciter un complément d'informations auprès du Dr X._____ pour se prononcer sur l'évolution de l'atteinte psychiatrique et son impact sur la capacité de travail du recourant. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, il est contradictoire de reconnaître que le recourant présente des troubles de gravité moyenne, ayant un impact sur sa personnalité et sa capacité d'adaptation (expertise p. 36), tout en considérant comme « sans objet » la question de savoir quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de la personne assurée (expertise p. 40).

En ce qui concerne le succès ou de l'échec des traitements entrepris, le rapport médical du Dr X._____ du 5 décembre 2019 mentionne que le suivi est irrégulier alors que le contraire ressort de l'expertise, qui fait état d'un suivi psychiatrique tous les deux mois et par une psychologue de manière hebdomadaire (expertise p. 30). De même,

le rapport précité note une médication par Escitalopram tandis que le rapport d'expertise indique un traitement de Cipralex, de Nootropil et de Cymbalta en réserve, sur la base des déclarations du recourant (annexe 2 de l'expertise). A noter que l'experte n'a pas pris la peine d'interroger le psychiatre traitant sur ce point lors de l'appel téléphonique du 14 juin 2019 ou, du moins, n'a rien indiqué à ce sujet dans la retranscription de cet entretien.

La structure de la personnalité de l'assuré doit faire l'objet d'une analyse détaillée avec une exigence de motivation accrue selon la jurisprudence. En l'espèce, l'experte expose ses observations en lien avec la personnalité du recourant (expertise p. 37). Cela étant, son appréciation n'apparaît pas suffisamment convaincante dans la mesure où elle exclut tout caractère incapacitant au trouble de la personnalité du recourant, y compris au niveau des limitations fonctionnelles, tout en reconnaissant que le recourant présente des troubles de gravité moyenne, comme déjà exposé ci-dessus. En outre, elle s'écarte de l'avis du psychiatre traitant, qui estime que le recourant est dans l'incapacité complète de travail malgré l'amélioration thymique (expertise p. 35), sans exposer de raison, si ce n'est que les troubles du recourant « n'interfèrent pas avec son activité professionnelle de mécanicien de précision » (expertise p. 36), élément qui demeure sujet à caution comme déjà évoqué.

L'évaluation des capacités et ressources du recourant est également critiquable. L'experte utilise la mini-CIF en concluant, pour une grande partie des rubriques, à l'absence de problème, sans aucun développement ni aucune motivation (expertise pp. 38-39), ce qui n'est pas admissible. Et elle n'expose pas pour quelles raisons les problèmes graves de flexibilité, de capacité d'adaptation et d'aptitude à entretenir des relations proches ainsi que le problème moyen à évoluer au sein d'un groupe demeurent sans impact aucun sur sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles.

L'expertise ne contient pas d'analyse de la cohérence. La Dre Z. _____ ne revient pas, dans l'épilogue, sur la situation personnelle du

recourant, notamment le peu d'activités qu'il a au cours de la journée, le fait qu'il sorte peu de chez lui, sa situation familiale délicate avec son épouse au bénéfice d'une rente d'invalidité et l'existence d'un grave conflit avec sa fille aînée (expertise p. 32). On ignore par ailleurs quelles étaient sa situation personnelle, familiale et ses activités avant le début de ses problèmes de santé, qu'il fait remonter à 2010. Certes, l'experte relève que le recourant est assez obscur dans son discours et reste très flou sur ses activités, qu'il peine à répondre directement aux questions et à collaborer réellement à l'entretien (expertise p. 38). Elle note également qu'il dépeint ses difficultés de manière désespérée et donne l'impression qu'il tend à exagérer ses troubles (expertise p. 34). Elle ne donne toutefois pas d'éléments permettant de conclure à un manque de collaboration flagrant de la part du recourant, ni d'une simulation de sa part.

c) Le recourant a produit plusieurs rapports médicaux allant à l'encontre des conclusions de l'expertise. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Il doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

Dans son rapport du 4 juin 2020, le Dr W._____ indique que le recourant a régulièrement présenté des épisodes dépressifs sévères depuis 2008, le plus souvent de manière réactionnelle, après la perte de son emploi, le cancer du sein de son épouse, le conflit avec sa fille aînée et, plus récemment, les problèmes de couple qu'il rencontre et un conflit avec sa fille cadette. Il précise que ces différents conflits et la perte de son emploi - qui résulte aussi d'un conflit - sont tous la conséquence de ses troubles de la personnalité, qui rendent ses contacts avec autrui, y

compris ses proches, particulièrement difficiles. Ceci débouche chez lui notamment sur un isolement social et une perte de l'estime de soi, qui sont autant d'éléments favorisant l'importance de ses manifestations anxieuses. Les éléments mis en avant dans ce rapport tendent à démontrer que l'impact du trouble de la personnalité du recourant sur sa capacité de travail pourrait avoir été sous-estimé par l'experte qui, comme on l'a vu, le considère comme non incapacitant, mais de manière peu convaincante.

En présence d'une expertise dont la valeur probante était sujette à caution, l'OAI ne pouvait par ailleurs faire l'impasse sur le rapport neuropsychologique annoncé par la mandataire du recourant, pour le seul motif que l'experte n'avait pas jugé nécessaire de procéder à un tel test. Le rapport de l'examen neuropsychologique établi le 18 août 2020 par la psychologue D._____ fait état d'un ralentissement idéatoire et psychomoteur sévère, de troubles sévères de mémoire antérograde verbale et visuelle, de difficultés attentionnelles marquées, d'une dysfonction exécutive marquée et de gnosies visuelles entravées. Elle conclut que le tableau neuropsychologique, chez ce patient peu endurant et partiellement accessible à l'évaluation formelle, frappe par sa sévérité et des fonctions instrumentales altérées. L'atteinte dépasse ce que l'on peut attendre dans un trouble dépressif récurrent et une anxiété généralisée auprès d'une personne de son âge et, de surcroît, éduquée. Son histoire de vie et son profil de la personnalité soulèvent la question de la présence de symptômes cognitivoformes et/ou d'éléments de surcharge, que la psychologue laisse à l'appréciation d'un psychiatre. La présence d'éventuels éléments de surcharge ne saurait suffire, comme le considère le SMR dans son avis du 22 novembre 2020, à écarter les conclusions de ce rapport. Les résultats de cet examen neuropsychologique confirment au contraire la nécessité de procéder à une évaluation complète de la situation du recourant, au cours de laquelle un expert psychiatre se prononcera sur la base de ses propres observations et d'un examen neuropsychologique.

Il n'est pas clair de savoir si le courriel du Dr H._____ du 9 octobre 2020 a trait ou non à la situation antérieure à la décision du 10 septembre 2020 ou si la situation a pu se modifier par la suite, comme évoqué par l'OAI dans sa réponse au recours du 24 novembre 2020. Quoiqu'il en soit, il faut constater que les éléments contenus dans ce courriel constituent des critiques à l'encontre du rapport d'expertise psychiatrique, qui visent à nier sa valeur probante, mais qui ne reposent pas sur des observations que le Dr H._____ a faites par lui-même. Au vu des développements figurant ci-dessus, qui conduisent à remettre en cause la valeur probante de l'expertise psychiatrique, il n'est pas nécessaire de se prononcer, de manière supplémentaire, sur les critiques émises par le Dr H._____.

Enfin, les rapports ultérieurs du Dr H._____ et celui de la Dre J._____ n'ont pas à être pris en considération dans le cadre du présent examen, ceux-ci portant sur la situation postérieure à la décision litigieuse du 10 septembre 2020.

5. a) Il ressort de ce qui précède que, sur le plan psychiatrique, l'expertise ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause.

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

c) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont il devait se rendre compte au moment où il a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Tout d'abord, il faut relever que l'OAI aurait pu et dû davantage instruire la problématique psychique avant même de mettre en œuvre l'expertise pluridisciplinaire. Après avoir pris connaissance du rapport du Dr X. _____ du 21 mars 2016, il a en effet considéré que le recourant n'était plus suivi pour ses troubles psychiques et n'a ensuite plus requis aucun rapport réactualisé de la part du psychiatre traitant, alors même que le Dr W. _____ l'a informé à deux reprises que le suivi psychiatrique était à nouveau en cours (cf. ses rapports des 12 septembre 2016 et 26 septembre 2018). Ce faisant, il a transmis un dossier lacunaire sur le plan psychiatrique aux experts. L'experte psychiatre n'a ensuite pas non plus pris la peine d'éclaircir suffisamment les points qui devaient l'être comme démontré ci-dessus. Dans ces conditions, l'OAI ne pouvait se permettre de statuer sans attendre les résultats de l'examen neuropsychologique. Ceux-ci ne font que confirmer que la situation médicale du recourant n'est pas claire sur le plan psychiatrique. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'OAI, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa).

Le recourant ne soulève aucun grief à l'encontre des volets rhumatologique et de médecine interne de l'expertise. Il n'apparaît en effet pas nécessaire de compléter l'instruction sur le plan somatique, sous réserve d'une modification de l'état de santé du recourant depuis la décision litigieuse.

6. a) Le recours doit par conséquent être admis. La décision rendue le 10 septembre 2020 par l'OAI est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire, sous la forme notamment d'une nouvelle expertise psychiatrique avec examen neuropsychologique, puis nouvelle décision.

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.

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 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 10 septembre 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, puis nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. _____ une indemnité de 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 à :

- Me Muriel Vautier (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :