

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 septembre 2021

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mmes Pasche, juge, et Silva, assesseure  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par PROCAP, Service juridique, à  
Bienne,

et

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

---

**Art. 16 LPGA ; art. 28 LAI.**

## **E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, est célibataire et sans enfants. Il a obtenu un certificat fédéral de capacité (CFC) de laborantin en chimie en 1991. Après avoir exercé cette activité jusqu'en 2001, il s'est consacré à des activités des secteurs de la vente et de l'informatique. Il est devenu conseiller à la clientèle dans un magasin d'astronomie en 2008, puis, dès 2011, au sein de la société E.\_\_\_\_\_ SA, dont il était l'administrateur président. Cette société a été dissoute par décision de son assemblée générale du 21 avril 2017 (cf. extrait du registre du commerce vaudois).

**B.** Souffrant d'obésité, de troubles du comportement alimentaire, de dépression et de troubles anxieux, il a été pris en charge à la consultation de la psychologue S.\_\_\_\_\_ auprès de l'Hôpital C.\_\_\_\_\_. Celle-ci a annoncé son cas à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par le dépôt d'un formulaire de détection précoce du 23 mars 2017. Etaient joints des certificats d'incapacité totale de travail, dès le 31 août 2016, établis par le Réseau [...], respectivement le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Après avoir été reçu en entretien par l'OAI le 11 mai 2017, l'assuré a été invité à requérir formellement des prestations de l'assurance-invalidité.

**C.** B.\_\_\_\_\_ s'est exécuté, en complétant une demande formelle de prestations de l'assurance-invalidité le 30 juin 2017, parvenue à l'OAI le 6 juillet 2017.

L'OAI a mis en place une mesure d'intervention précoce sous forme de bilan en vue d'une réintégration sur le marché de l'emploi, selon communication du 17 octobre 2017. Dite mesure a été interrompue prématurément, étant donné l'état de santé psychique de l'assuré.

Procédant à l'instruction du cas, l'OAI s'est procuré des rapports des médecins traitants de l'assuré, les Drs F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, et D.\_\_\_\_\_. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 14 mars 2018, que son patient présentait les diagnostics incapacitants d'obésité de classe III, de canal cervical étroit avec hernie discale C5-C6 luxée vers le bas, avec parésie du membre supérieur droit séquellaire en juin 2015, d'état anxiodépressif depuis 2014, avec idées suicidaires récurrentes, et de gonarthrose gauche tri-compartmentale sévère, avec ostéochondromatose synoviale et subluxation latérale des deux rotules. Au titre des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, ce praticien a notamment évoqué une hypertension artérielle depuis l'âge de 30 ans, compliquée d'une néphropathie, une dyslipidémie, un kyste arachnoïdien frontal droit, une fracture du plateau tibial gauche avec ostéosynthèse en 2008 et ablation du matériel d'ostéosynthèse en 2010, des sciatalgies gauches depuis 2013 et des apnées du sommeil avec sévère désaturation nocturne. L'incapacité de travail totale était essentiellement liée à la problématique psychiatrique.

Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, il a fait état, le 4 avril 2018, des diagnostics de trouble dépressif majeur, récurrent, épisode actuel léger, de trouble anxieux non spécifié (symptômes ayant trait à la phobie sociale et au trouble panique), de trouble non spécifié du comportement alimentaire, de type hyperphagie boulimique, et de trouble de la personnalité évitante, lesquels étaient responsables de l'incapacité totale de travail. Il relevait, auprès de l'assuré, un sentiment chronique d'impuissance et de pessimisme dans le cadre d'un trouble dépressif majeur récurrent. Durant les épisodes aigus, ce dernier présentait également une humeur triste, des troubles de la concentration, une aboulie et une anhédonie intenses, un sentiment de dévalorisation et un repli social encore plus marqués qu'habituellement, ainsi que des idées suicidaires. Il notait en outre différents symptômes s'inscrivant dans la lignée des troubles anxieux : attaques de panique se manifestant par des palpitations, un sentiment d'oppression dans la poitrine et des douleurs abdominales. L'assuré évitait les situations sociales ou les anticipait presque toujours négativement, car elles provoquaient chez lui de

l'anxiété difficile à gérer. Il mentionnait enfin un intense évitement des émotions et une méfiance générale envers les personnes. Une mesure de reconversion professionnelle était toutefois envisageable, à un taux progressif (20 %, par exemple, au départ) et dans le cadre d'une activité ayant du sens pour l'assuré, quand bien même l'incapacité de travail demeurait totale.

Aux termes d'un rapport subséquent, complété le 11 avril 2019, le Dr D. \_\_\_\_\_ a maintenu les diagnostics précédemment retenus, ainsi que la poursuite de l'incapacité totale de travail. L'assuré continuait à présenter une humeur déprimée et d'importants symptômes anxieux, ainsi qu'une phobie sociale et un repli sur lui-même. Son poids était stable, en dépit de la persistance du trouble alimentaire et d'une obésité morbide. Sa vie sociale était peu développée, hormis les contacts sur les réseaux sociaux. Il ne sortait presque pas, sauf pour honorer ses rendez-vous médicaux. Il consacrait la plupart de son temps à l'ordinateur, à effectuer des programmations et parfois réaliser des sites internet. Il prenait ses repas du soir en compagnie de sa mère et de sa sœur habitant la même maison. L'obésité morbide impactait ses déplacements et sa mobilité de manière générale. Il ressentait de la honte de son état physique et évitait en conséquence les lieux peuplés. Il se mettait également beaucoup de pression, de sorte qu'il procrastinait et se montrait très passif, le tout engendrant des blocages psychologiques. L'assuré avait été adressé à une unité spécialisée du Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_ pour la suite de sa prise en charge, par le biais d'une approche multidisciplinaire, avec intervention dans le milieu et prise en compte du trouble de la personnalité.

Le Département de psychiatrie du Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_ - Consultation [...], sous la plume des Drs O. \_\_\_\_\_, chef de clinique, et I. \_\_\_\_\_, médecin assistante, a adressé un rapport à l'OAI le 18 juin 2019. Ces médecins ont retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, un trouble panique avec agoraphobie, un trouble non spécifié du comportement alimentaire, de type hyperphagie boulimique, et

un trouble de la personnalité évitante. Ces diagnostics justifiaient une incapacité totale de travail dans toute activité, depuis le début du suivi thérapeutique le 15 novembre 2018. Ils mentionnaient, sur l'axe I, le trouble dépressif récurrent, avec un épisode dépressif d'intensité moyenne. L'assuré présentait des symptômes tels qu'une humeur déprimée tout au long de la journée, une perte d'intérêt pour pratiquement toutes les activités de la vie quotidienne, des troubles du sommeil, une fatigabilité et un sentiment de culpabilité et de dévalorisation excessive. Etaient présentes des idées passives de mort sans scénarios suicidaires clairs. La symptomatologie dépressive était caractérisée par sa survenue répétée depuis le jeune âge, avec un premier épisode dépressif apparu à l'adolescence. Il n'y avait aucun antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie. Les médecins rapportaient aussi un trouble panique avec agoraphobie, l'assuré décrivant des attaques de panique récurrentes (avec palpitations, difficultés à respirer, transpiration, nausées, vertiges) pouvant survenir de manière imprévisible. Ces crises, débutées à l'âge de 30 ans, étaient marquées par une peur intense de perdre le contrôle et de devenir fou, suivies de la crainte de la survenance de nouvelles crises. Elles entraînaient l'évitement des endroits confinés ou des événements publics. Un trouble alimentaire non spécifié, caractérisé par des comportements de type hyperphagie boulimique, remontait à l'enfance. Sur l'axe II, les spécialistes évoquaient le trouble de la personnalité évitante, avec hypersensibilité au rejet ou à la critique, une grande réticence à s'impliquer avec autrui, ainsi qu'une inhibition dans les situations interpersonnelles nouvelles. L'assuré se percevait comme socialement incompetent et sans attrait, ce qui le rendait réticent à la prise de risques et à l'engagement dans de nouvelles activités, tout en le menant à un sentiment global de méfiance et de solitude. La symptomatologie anxiodépressive marquée, avec des difficultés dans les activités quotidiennes et les interactions sociales, ainsi que la réticence marquée par l'assuré face aux conseils médicaux et la chronicité des troubles, rendaient le pronostic réservé quant à la reprise d'une activité professionnelle. Un suivi psychiatrique et infirmier, de même

que la poursuite d'un traitement anxiolytique et antidépresseur, étaient préconisés.

Sur recommandation du Service médical régional (SMR), l'OAI a diligenté une expertise bidisciplinaire (sur les plans psychiatrique et de médecine interne), dont le mandat a été confié au Centre d'expertises médicales G.\_\_\_\_\_ le 9 septembre 2019.

L'assuré a été examiné par les Drs H.\_\_\_\_\_, médecin praticien, et J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui ont rédigé leur rapport le 3 février 2020 pour le compte du G.\_\_\_\_\_. Les experts ont retenu les diagnostics de trouble de la personnalité évitante depuis l'adolescence, de trouble dépressif récurrent depuis 2004, épisode actuel léger avec syndrome somatique, d'agoraphobie avec trouble panique depuis environ 15 ans, de troubles de l'alimentation de type hyperphagie, sans précision, depuis environ 15 à 20 ans, d'obésité de classe III, de lymphœdème des membres inférieurs et de gonarthrose bilatérale à prédominance gauche. Ils ont communiqué leur évaluation consensuelle du cas, notamment en ces termes :

« [...] La présente évaluation confirme les diagnostics retenus dans le dernier rapport psychiatrique du 18.06.2019, à savoir de troubles dépressifs récurrents, d'agoraphobie avec trouble panique, de troubles alimentaires et des troubles de la personnalité. Toutefois, notre status ne nous permet de retenir qu'un épisode dépressif léger compte tenu des signes observés. Les troubles de la personnalité dominant le tableau clinique, notamment par l'intermédiaire des symptômes anxieux. De ce point de vue, on peut estimer que ce trouble est décompensé et peut expliquer la persistance des troubles dépressifs, anxieux et alimentaires, étant une source de résistance au traitement malgré une prise en charge actuelle pluridisciplinaire qu'on doit qualifier d'intensive.

Du point de vue diagnostique, l'anamnèse orientée relève des symptômes en rapport avec une phobie sociale. Toutefois, nous ne retrouvons pas au status d'élément pouvant justifier un tel diagnostic indépendamment du trouble de la personnalité. Si l'expertisé s'est montré anxieux, nous n'avons pas observé de comportement évitant notamment dans le contact visuel ou dans la relation avec l'expert. Le mode de pensée inhérent à la personnalité évitante est, par contre, clairement observable. En outre, les troubles de la personnalité anxieuse peuvent expliquer une tendance à éviter les activités sociales en raison de la peur de l'expertisé d'être critiqué ou jugé dans les situations sociales.

Dans le quotidien, la restriction du mode de vie est également constatée. L'expertisé privilégie les activités en solitaire dans

lesquelles il constate également des limitations, n'étant pas en mesure de les faire perdurer sur une longue période. Ainsi, il est très lent, reste anxieux dans la peur d'être tétanisé en cas de pression supplémentaire. De ce fait, plusieurs activités ne sont plus assumées et déléguées à sa sœur, par exemple les tâches administratives, les commissions alors que les tâches ménagères ne peuvent être assumées en raison de ses limitations physiques. Bien qu'il atteste de loisirs à travers l'informatique et l'astrophotographie, les troubles neurocognitifs, sa lenteur en rapport avec son anxiété sont également une source de limitations. L'expertisé est donc dépendant de sa sœur tout en restant dans l'évitement de tout contact social fréquent ou durable. Il est également dépendant du réseau de soins ; rappelons que l'expertisé bénéficie de séances psychiatriques, infirmières et psychologiques en plus du traitement psychotrope.

Ainsi, nous pensons que l'expertisé présente une psychopathologie d'aggravation progressive dans le contexte de trouble de la personnalité évitante en décompensation depuis plusieurs années. Même si le début de l'incapacité de travail se situe durant la même année que la cessation de son activité en tant qu'indépendant, il ne s'agit pas d'un simple épisode réactionnel. »

Ils ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais préservée à 100 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. A ce titre, ils ont énuméré ce qui suit :

« Déconditionnement important à l'effort, pas de position debout prolongée, pas de port de charge lourde de plus de 10 kg, pas de mouvement nécessitant des efforts en montée, ni montée sur des escaliers ou escabeaux, ni activité en descente ou en montée nécessitant de se pencher en avant ou latéralement. Pas de position accroupie.

En raison de la psychopathologie actuelle, l'activité adaptée devrait tenir compte des limitations suivantes :

- Difficultés relationnelles.
- Possible agressivité.
- Difficultés dans la gestion des émotions.
- Possible apragmatisme par période.
- Difficultés liées aux tâches administratives.
- Difficultés partielles d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne.
- Difficultés à maintenir un rythme diurne et nocturne.
- Difficultés d'organisation du temps.
- Hypersensibilité au stress.
- Possibles apparitions périodiques de phases de décompensation.

Sont également limitées :

- La capacité d'attention.
- La capacité de concentration.
- La capacité mnésique.
- La capacité d'organisation et de planification.
- La capacité d'adaptation aux changements.

Les activités limitées sont :

- Activités exigeant de fréquents contacts interpersonnels.
- Activités exigeant de l'endurance.

- Activités exigeant de la rapidité.
- Activités exigeant une importante adaptation.
- Activités impliquant du stress.
- Activités impliquant des tâches complexes.
- Activités exigeant de la précision. »

S'agissant des ressources de l'assuré et du contrôle de la cohérence, les experts se sont exprimés comme suit :

#### **« 4.5 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge**

Les troubles de la mobilité sont au premier plan chez cet expertisé avec une lenteur de la réalisation de tous les mouvements. Ceux-ci et les douleurs présentées au niveau des membres inférieurs peuvent être des conséquences de l'obésité avec répercussion radiologique au jour de l'expertise, même si une partie de ces douleurs sont aussi expliquées par les nombreux traumatismes subis au niveau des articulations concernées, mais elles ne semblent pas de nature à entraîner une perte de capacité chez cet expertisé dans le cadre d'une activité adaptée aux nombreuses limitations fonctionnelles existantes.

Compte tenu de la psychopathologie actuelle, on peut considérer que les ressources personnelles sont devenues faibles comme en témoigne la réduction des activités en société ou dans le monde professionnel.

La psychopathologie actuelle réduit :

- L'aptitude à la communication.
- La capacité d'adaptation et de flexibilité psychique.
- Partiellement la capacité d'organisation.
- La capacité d'endurance.
- Partiellement la capacité de prise de décision et jugement.
- Les capacités relationnelles.
- Partiellement la capacité d'autonomie dans les activités quotidiennes.
- La capacité à respecter un cadre est préservée.

Concernant les ressources externes, on peut affirmer que le réseau social s'est rétréci aux contacts avec sa sœur et le personnel soignant. Il ne voit que rarement ses quelques amis en raison de sa peur de les faire fuir. A travers Facebook, il entretient quelques contacts avec des personnes partageant les mêmes intérêts, mais celles-ci vivent pour la plupart à l'étranger.

#### **4.6 Contrôle de cohérence**

Il n'y a aucune véritable divergence entre les symptômes décrits et l'observation objective médicale, aucune exagération des symptômes. Seule une incohérence est retrouvée au niveau de l'existence de cette fatigue qui est un symptôme subjectif. Aucun symptôme objectif d'une éventuelle fatigue n'a pu être observé lors de l'expertise à savoir absence de bâillement ou de signe d'hypovigilance. Nous avons simplement une échelle de somnolence à 11 sur 24 témoignant de l'existence d'une dette de sommeil voire de signe de somnolence diurne exagérée.

Les douleurs annoncées au niveau des genoux sont confirmées par le bilan radiographique.

Notons que l'expertisé malgré ses troubles peut par exemple effectuer un long voyage en voiture seul pour se rendre en

Allemagne, ce qui pour autant n'est pas incompatible avec les difficultés rencontrées dans un contexte professionnel, notamment impliquant les contacts relationnels, ou un stress important. Les activités qu'il est capable actuellement d'investir se font en solitaire et sans stress véritable. Par exemple, notons que les tâches administratives sont une source de stress et d'anxiété, raison pour laquelle l'expertisé les délègue à sa sœur. »

Sur le plan de la médecine interne, le Dr H. \_\_\_\_\_ a examiné les diagnostics pertinents ainsi :

« [...] Un diagnostic à évoquer est celui de l'obésité de classe III présentée par l'expertisé.

[...] Au jour de l'expertise, cette obésité est responsable de douleurs au niveau des membres inférieurs, autant des genoux qu'au niveau des pieds. Des troubles à type de lenteur dans la mobilité ont également constatés cliniquement.

Les clichés radiographiques réalisés le 05.11.2019 montrent l'existence d'une gonarthrose bilatérale à prédominance gauche avec une chondropathie de grade IV, certainement secondaire aux multiples traumatismes subis au niveau de ces genoux et certainement majorée par l'importante surcharge pondérale présentée par M. B. \_\_\_\_\_.

[...]

L'obésité en soi n'est pas incapacitante, mais au jour de l'expertise, les gonalgies et les troubles importants de mobilité sont responsables d'une incapacité de travail de 100 %. Les limitations fonctionnelles sont trop nombreuses, déconditionnement important à l'effort, pas de position debout prolongée, pas de port de charge lourde de plus de 10 kg, pas de mouvement nécessitant des efforts en montée, ni montée sur des escaliers ou escabeaux, ni activité en descente ou en montée nécessitant de se pencher en avant ou latéralement. Pas de position accroupie. Une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles serait réalisable sur le plan somatique. Une activité de bureau avec utilisation de type informatique pourrait être une de ces activités-là sous réserve d'obtention de capacités suffisantes pour exercer une telle activité.

Un autre diagnostic pouvant être évoqué chez cet expertisé est l'existence d'un lymphœdème au niveau des deux membres inférieurs existant chez l'assuré depuis quelques mois. L'expertisé pense à l'existence d'un rapport avec le surpoids.

L'obésité est effectivement un facteur de risque de lymphœdème des membres inférieurs par une destruction ou une obstruction des canaux ou des ganglions lymphatiques.

Au jour de l'expertise chez Monsieur B. \_\_\_\_\_, nous observons un œdème mou prenant le godet n'étant pas régressif en décubitus. Nous retrouvons au niveau des orteils une fibrose cutanée signe spécifique du lymphœdème avec un signe de Steinert positif (difficulté à pincer la peau de la face dorsale des orteils). L'œdème lymphatique n'épargne pas le pied. Il a pour caractéristique d'intéresser le pied au cours de son évolution, le dos du pied est bombé en verre de montre avec une augmentation de volume des doigts décrite sous l'aspect de doigts en saucisse. Cet œdème s'étend jusqu'au niveau des deux genoux. Nous retrouvons déjà des complications cutanées avec une peau légèrement épaissie, une

hyperkératose et au niveau clinique une gêne et une lourdeur lors des positions debout prolongée.

Par contre, il faut noter qu'au jour de l'expertise aucune investigation n'a encore été réalisée.

Il n'y a eu aucun bilan angiologique permettant de vérifier le réseau veineux et lymphatique.

Il faut également souligner l'existence d'épisode de dermo-hypodermite infectieuse au niveau du membre inférieur gauche suite à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Il s'agit également d'un facteur de risque de la survenue d'une maladie lymphatique.

Les mesures retrouvées au jour de l'expertise montrent une pathologie lymphatique relativement importante au niveau des membres inférieurs. L'expertisé conçoit avoir déjà essayé de porter des bas de contention, adaptés sur mesure, mais il était impossible pour lui de les mettre en place. Des séances de drainage lymphatique pourraient également améliorer la pathologie existante, mais sans garantie des résultats. Il semble donc encore plus utile que soit prise en charge l'obésité de manière beaucoup plus importante. Une compression thérapie faisant appel aux bandages pourrait également être une alternative intéressante.

Les limitations fonctionnelles concernant cette pathologie rejoignent les précédentes citées plus haut. [...] »

Quant au volet psychiatrique, le Dr J. \_\_\_\_\_ a communiqué ses constats et procédé à la discussion des diagnostics ressortant à son domaine de compétences :

« [...] L'expertisé est orienté dans le temps, l'espace, à la personne et à la situation. Cliniquement, l'intelligence se situe dans les normes compte tenu du niveau de scolarisation.

Le jugement et le raisonnement sont préservés. La perception de soi est négative. La perception des autres est marquée par la peur, notamment d'un jugement négatif à son égard. A une reprise, uniquement, l'expertisé présente une perturbation émotionnelle importante accompagnée de pleurs lorsqu'on aborde les sentiments de honte et autres idées dépressives. Le contrôle pulsionnel est assuré.

La relation est adéquate, mais un peu distante.

Le discours est précis, cohérent, sans contradiction. La pensée est fixée sur les éléments anxieux, mais également dépressifs en particulier l'image négative que l'expertisé a de lui-même, la honte, la culpabilité et la dévalorisation. La capacité d'introspection est moyenne.

Dans la sphère neuropsychologique, l'expertisé dévie régulièrement du sujet de la question posée, donnant des éléments inutiles. En outre, la mémoire est imprécise à quelques reprises sans être systématique.

L'observation met en évidence une anxiété avec une agitation modérée, une nervosité également modérée. L'expertisé est observé se tortillant les doigts et un mouchoir tout le long de l'évaluation. On n'observe pas de signe d'irritabilité. En outre, il n'y a pas d'autre signe neurovégétatif.

L'humeur est variable, mais la plupart du temps reste stable. L'expression émotionnelle peut fluctuer. L'expertisé est en mesure de sourire et même de rire à quelques reprises. Le ton de la voix est

plutôt élevé. La gestuelle est fluide et harmonieuse. Il n'y a pas de ralentissement. Une fatigabilité et un abattement légers sont observés. Une idéation dépressive est constatée lorsque l'expertisé est interrogé sur cette question. Du moment que le sujet a été abordé, l'expertisé donne plusieurs éléments relevant d'une dévalorisation de lui-même. Par contre, il n'y a pas de pensée suicidaire. L'expertisé est en mesure de mettre en avant des envies ou des désirs.

Enfin, l'expertisé ne présente pas de signe psychotique, en particulier pas d'idée délirante, pas d'hallucination, pas de trouble formel ou logique de la pensée, pas de fuite des idées, pas de tendance digressive, pas de logorrhée.

[...]

### **DIAGNOSTICS**

#### **- Trouble de la personnalité évitante (F60.6) depuis l'adolescence.**

L'expertisé a grandi dans un environnement anxigène, caractérisé par une relation maternelle qualifiée d'abusives, envahissante et anxigène et [par] un climat de violence verbale et physique imposé par le père. En outre, l'expertisé développe une obésité dès l'enfance qui a été une source de moqueries et de difficultés d'intégration sociale durant son parcours scolaire, sans impact sur les apprentissages. Sa personnalité s'est organisée sur un mode évitant, dominée par l'anxiété et la peur. L'expertisé a toujours présenté des difficultés relationnelles tant dans la vie professionnelle que privée malgré des périodes d'activité de plusieurs années à la suite. Notre évaluation confirme plusieurs traits de personnalité anxieuse. Anxieux de nature, l'expertisé a toujours présenté un sentiment d'appréhension face à la vie, s'est toujours trouvé inférieur aux autres. Dès l'enfance, il a été une personne réservée et solitaire, ce qu'il reste en général à l'heure actuelle. En outre, persiste la peur d'être critiqué, jugé et rejeté dans les situations sociales. De ce fait, son besoin de sécurité le pousse à restreindre son mode de vie limitant les contacts sociaux. L'expertisé a toujours présenté des difficultés à gérer les émotions en particulier les sentiments de frustration et de colère, restant la plupart du temps dans l'évitement du conflit ou la peur panique de perdre le contrôle et de devenir agressif, privilégiant le repli sur soi et social. Il présente également une perception de son identité plutôt diffuse, mais également une difficulté à s'intégrer dans le monde et la société. Méfiant dans son rapport aux autres, il reste dans la peur d'être rejeté. Ses troubles sont à l'origine d'une souffrance personnelle importante et chronique, existant depuis l'enfance.

#### **- Trouble dépressif récurrent depuis 2004, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01).**

Dans le rapport psychiatrique d'avril 2018, un premier épisode dépressif est relevé en 2004 avec des idées suicidaires. Les symptômes dépressifs ne sont pas décrits avec précision, mais on apprend que des symptômes dépressifs jugés importants ont existé au printemps 2014 lorsque l'expertisé consultait au centre métabolique de l'Hôpital C. \_\_\_\_\_ concernant la prise en charge de son obésité. Les sentiments d'impuissance et d'échec, le pessimisme, l'humeur triste et les idées suicidaires peuvent concorder avec un épisode dépressif constitué. En outre, ce rapport mentionne un épisode dépressif léger. Dans le constat médical, on peut d'ailleurs lire une humeur triste, des troubles de la

concentration, une aboulie, une anhédonie intense, un sentiment de dévalorisation et de repli social avec des idées suicidaires. Ces éléments suffisent à justifier un épisode dépressif. A la lumière de ces informations, il nous semble tout à fait justifié de retenir le trouble dépressif récurrent.

Notre évaluation retrouve également des symptômes dépressifs compatibles avec un épisode dépressif léger. A l'anamnèse spontanée, l'expertisé donne principalement des plaintes anxieuses, les plaintes dépressives étant centrées sur le manque d'énergie, la fatigue, l'estime de soi négative et la perte de confiance en soi, ses difficultés à prendre une décision ou à faire un choix, à se projeter dans l'avenir et à mettre en place un projet étant dominé par le sentiment d'échec. L'expertisé se plaint spontanément de troubles neurocognitifs. A l'anamnèse orientée, on retrouve plus de huit critères pour un épisode dépressif ; elle est ainsi en décalage avec l'anamnèse spontanée. Par ailleurs, le status confirme un décalage avec l'anamnèse. On retrouve bien une estime de soi négative, une perturbation émotionnelle accompagnée de pleurs lorsque l'on évoque les sentiments dépressifs en particulier de honte et de culpabilité. Toutefois, l'humeur peut varier, l'expression émotionnelle également. L'expertisé peut sourire et même rire à plusieurs reprises de manière adaptée, alors que la tonalité de la voix est plutôt élevée. En outre, on n'observe pas de ralentissement, alors que la fatigabilité et l'abattement sont légers. Une idéation dépressive envahissante est présente du moment qu'on oriente son attention sur le sujet. Nous ne retrouvons pas de pensée suicidaire et l'expertisé peut formuler des désirs ou des envies. Il n'y a pas de signe psychotique.

Remarquons l'absence d'argument en faveur d'une prise de toxique pouvant expliquer un tel épisode.

**- Agoraphobie avec trouble panique (F40.01), depuis environ 15 ans.**

L'expertisé décrit une anxiété phobique dans différents lieux publics considérés comme un terrain hostile, générant de ce fait, un comportement d'évitement. S'il ne l'a pas décrit aussi spécifiquement que dans le rapport de juin 2019, force est de constater que l'expertisé présente des attaques de panique dans ces situations publiques caractérisées par la présence d'un état de panique, avec palpitations, difficultés à respirer, transpiration, nausées et vertiges selon le rapport en question. A noter que les attaques de panique seraient survenues dès l'âge de 30 ans ce qui est cohérent avec le début de l'agoraphobie, située anamnesticquement par l'expertisé à 15 ans en arrière. D'autre part, l'expertisé privilégie ses déplacements en automobile plutôt qu'en transports publics pour les mêmes raisons. Il s'est organisé de sorte qu'il n'ait plus à assumer les tâches nécessitant un contact avec le monde, en particulier les commissions déléguées à sa sœur.

**- Troubles de l'alimentation de type hyperphagie, sans précision (F50.9), depuis environ 15 à 20 ans.**

L'expertisé présente un comportement alimentaire marqué par une hyperphagie en lien avec ses symptômes anxieux et sa nervosité qui s'est renforcée au fil des années ; elle est responsable d'une obésité morbide. Il ne s'agit pas d'une hyperphagie réactionnelle à un événement particulier, raison pour laquelle nous ne retenons pas de diagnostic d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4). Il s'agit d'un trouble chronique présent depuis de nombreuses années, s'aggravant progressivement comme

l'a relevé l'expertisé. Nous devons également relever l'intrication avec le trouble de la personnalité, le renforcement de l'anxiété compte tenu de la dégradation psychique générale et l'apparition de l'agoraphobie à la même période. »

S'agissant spécifiquement de l'évaluation du cas et des ressources de l'assuré, il a souligné ce qui suit :

« [...] L'évolution reste défavorable malgré une légère amélioration de l'épisode dépressif entre juin 2019 et la date de la présente évaluation.

[...]

L'expertisé a bénéficié d'une mesure de réadaptation en 2017 [...]. Il a été constaté que l'état psychique ne permettait pas à l'expertisé d'entrer dans une démarche de réinsertion compte tenu de ses peurs et de son état d'anxiété [...]. En outre, il a également été observé que l'expertisé n'était pas en mesure d'intégrer une équipe, compte tenu de ses troubles anxieux.

A l'heure actuelle, nous constatons les mêmes difficultés raison pour laquelle nous estimons qu'un processus de réadaptation sera difficile pour l'expertisé. Selon le rapport du 21.12.2017 concernant les mesures d'insertion professionnelle, les difficultés décrites sont superposables à celles observées lors de notre évaluation.

[...]

L'expertisé dispose d'un CFC, parle trois langues, a appris l'informatique en autodidacte et a entretenu des activités bénévoles dans deux sociétés différentes.

Toutefois, les ressources personnelles ont toujours été moyennes en raison des troubles de la personnalité. Compte tenu de la psychopathologie actuelle, on peut considérer que les ressources personnelles sont devenues faibles comme en témoigne la réduction des activités en société ou dans le monde professionnel. [...] »

Le Dr J.\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail médico-théorique de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, telles qu'énumérées dans l'appréciation pluridisciplinaire du cas, sous réserve d'une baisse de rendement de 20 %, laquelle était imputable aux symptômes dépressifs et anxieux.

Sollicité pour avis, le SMR s'est rallié aux conclusions formulées par les experts du G.\_\_\_\_\_ et retenu, le 18 février 2020, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais de 80 % (100 % avec baisse de rendement de 20 %) dans une activité respectant les restrictions fonctionnelles énoncées.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé le préjudice économique de l'assuré en date du 9 mars 2020. Il a pris en considération un revenu annuel sans invalidité de 36'723 fr., sur la base de la moyenne des revenus inscrits aux comptes individuels AVS (CI) de l'assuré pour les années 2009 à 2015, avec indexation à l'année 2016. Quant au revenu d'invalidé, il s'est fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) de l'année 2016, tous secteurs d'activités confondus. Il a mis en évidence un revenu annuel de 48'098 fr. à 80 %, compte tenu d'un abattement de 10 % eu égard au désavantage salarial potentiel lié aux limitations fonctionnelles. Il considérait que l'assuré pouvait mettre sa capacité de travail en valeur dans des activités simples et répétitives du domaine industriel léger, par exemple, montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi, dans le conditionnement, dans l'assistance administrative (réception scannage et autres) ou dans la vente simple (shop et autres), ainsi que dans le domaine informatique (help desk). Une perte de gain nulle résultait de la comparaison des revenus précités.

Par projet de décision du 10 mars 2020, l'OAI a informé l'assuré de ses intentions de nier son droit à une rente d'invalidité, vu l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée correspondant à un taux de 80 % et un degré d'invalidité nul. Une aide au placement lui était accordée par communication du même jour.

L'assuré s'est opposé à ce projet par écriture du 8 avril 2020, complétée avec l'assistance du Service juridique de PROCAP le 10 juin 2020. Il a contesté l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, singulièrement la valeur probante conférée au rapport d'expertise du G.\_\_\_\_\_, ainsi que le revenu sans invalidité retenu dans son cas. Sur le plan médical, il a reproché au G.\_\_\_\_\_ de ne pas avoir procédé à une véritable évaluation consensuelle de sa situation. L'appréciation psychiatrique était, sans justification, nettement divergente des avis des psychiatres traitants en dépit de diagnostics similaires. La situation somatique était par ailleurs analysée de manière provisoire faute d'évaluation angiologique. En outre, il avait l'objet d'hospitalisations, tout

d'abord dès le 13 mars 2020 au sein de l'Hôpital [...] en raison d'une pneumonie, puis dès le 13 avril 2020 en milieu psychiatrique à [...]. Etaient produits les rapports du Dr F.\_\_\_\_\_ du 26 mai 2020 et du Département de psychiatrie du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_ du 28 mai 2020. Le Dr F.\_\_\_\_\_ exposait qu'au cours de son hospitalisation à [...], son patient avait bénéficié d'un traitement plus intensif de l'insuffisance cardiaque. Une consultation angiologique était envisagée. Le taux de présence possible dans une activité adaptée était de 100 %. Une baisse de rendement de 20 % était consécutive à l'obésité très sévère. Les Dres Y.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et N.\_\_\_\_\_, médecin assistante, du Département de psychiatrie du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_ ont pour leur part, attesté d'une péjoration de l'état de santé psychique de l'assuré ayant requis son hospitalisation au sein de l'Hôpital BB.\_\_\_\_\_. Il souffrait des diagnostics de personnalité anxieuse évitante, d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques, d'agoraphobie avec trouble panique et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Les Dres Y.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ont par ailleurs communiqué les éléments suivants :

« [...L']état de santé a présenté une péjoration progressive qui s'est clairement manifestée avec des idées suicidaires après la réponse négative reçue de l'Al. Le status psychique montre en partie un patient faisant son âge biologique, en obésité, orienté dans le temps et dans l'espace. La thymie est très basse et se manifeste par des ruminations intenses qui culminent avec de grandes crises d'angoisse et qui déclenchent par la suite des idées suicidaires scénarisées. Il ne montre pas de symptômes psychotiques, mais il montre une attitude d'évitement par rapport aux activités sociales impliquant des contacts importants avec autrui, de peur d'être critiqué et rejeté. Il montre une grande méfiance envers lui-même qui a aggravé son surpoids (obésité). Par rapport à la prise pondérale, elle est liée aussi à une hyperphagie associée à des évènements stressants.

[...]

Nous ne pensons pas qu'en ce moment le patient soit apte à travailler dans une activité adaptée, quelle qu'elle soit, et ce depuis la date de son hospitalisation, soit le 23.04.2020.

[...]

A notre avis, le patient présente une limitation fonctionnelle très évidente lors de l'hospitalisation actuelle, ce qui démontre donc une dégradation de son état de santé psychique. A l'heure actuelle, nous estimons qu'il n'est pas apte à travailler (pourcentage possible à 0 %) dans aucun domaine professionnel, ni dans toute activité adaptée. Les limitations fonctionnelles d'ordre psychique sont

totales. Pour l'avenir, un suivi psychiatrique a été mis en place à la Polyclinique [...] [...] »

S'agissant du revenu sans invalidité pris en considération dans son cas, l'assuré a rappelé que ses difficultés psychiques étaient survenues depuis plus de quinze ans, ce qui justifiait, à son avis, de retenir plutôt le revenu réalisé dans le domaine informatique entre 2001 et 2008.

A la demande de l'OAI, les Dres Y. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, médecin assistante, ont fourni la lettre de sortie de l'assuré, rédigée le 21 juillet 2020. Elles avaient observé que ce dernier était angoissé par rapport à la solitude, avec une basse estime de lui et une image de son corps dévalorisée. Il envisageait toutefois de faire des efforts pour être plus actif. Il était orienté aux quatre modes, n'avait plus de ruminations anxieuses. Son discours était spontané, informatif, cohérent, sans troubles du cours, ni du contenu de la pensée. Les idées suicidaires étaient moins envahissantes. Les diagnostics évoqués étaient une personnalité anxieuse (évitante), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, une agoraphobie avec trouble panique et une obésité morbide.

La Dre M. \_\_\_\_\_, médecin assistante au sein du Département de psychiatrie du Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_ (Polyclinique [...]), a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 15 septembre 2020. Elle a indiqué que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis la date de sa prise en charge le 10 juin 2020. Son état de santé demeurait fragile, caractérisé par une thymie abaissée et des ruminations anxiodépressives liées à son physique, son estime de soi et ses difficultés interpersonnelles, ce qui engendrait des problèmes de concentration, d'attention et d'endormissement. Des idées suicidaires apparaissaient au moindre stress. Les diagnostics évoqués à la sortie de l'hôpital étaient réitérés, sous réserve du trouble dépressif, dont l'épisode actuel était qualifié de sévère.

Par avis du 23 octobre 2020, le SMR a considéré que l'évaluation des médecins, communiquée postérieurement au rapport d'expertise du G. \_\_\_\_\_, ne divergeait que sur le plan de la capacité de

travail, non pas sur les diagnostics. Dès lors, il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait. Il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du G.\_\_\_\_\_.

Fondé sur cet avis, l'OAI a adressé sa décision à l'assuré le 26 octobre 2020, refusant l'octroi d'une rente d'invalidité, selon les termes du projet de décision du 10 mars 2020.

**D.** B.\_\_\_\_\_, représenté par PROCAP, Service juridique, a déféré la décision précitée à la Cour des assurance sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 30 novembre 2020. Il a conclu, principalement, à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, à tout le moins à un quart de rente. A titre subsidiaire, il a proposé le renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Il a réitéré ses griefs quant à l'aspect médical de son dossier, contestant la valeur probante conférée au rapport d'expertise du G.\_\_\_\_\_. Il a derechef mis en évidence les avis divergents communiqués par ses médecins traitants et les spécialistes du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_, soulignant en outre que les conséquences de son obésité morbide avaient été insuffisamment prises en compte. Eu égard à son revenu sans invalidité, il a rappelé avoir travaillé en tant que vendeur au sein de sa société, ce qui aurait justifié l'application de la méthode extraordinaire d'invalidité à son cas. Au demeurant, cette activité se déroulait alors qu'il avait déjà des problèmes de santé. Dès lors, il convenait, à son avis, de prendre les revenus réalisés en tant que salarié entre 2002 et 2009 pour une moyenne annuelle de 81'407 francs. L'abattement opéré par l'OAI sur le revenu d'invalidité, à hauteur de 10 %, lui apparaissait insuffisant vu ses limitations fonctionnelles et ses années de service. L'assuré a par ailleurs sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Était produit, en annexe au mémoire de recours, un nouveau rapport du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_ (Policlinique [...]), rédigé le 18 novembre 2020 par les Dres V.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe, et M.\_\_\_\_\_. Ces dernières ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, vu les « antécédents psychiatriques (épisodes dépressifs en 2003 et 2016) et la présence à l'heure actuelle d'une thymie

abaissée, asthénie, idées noires, idées de dévalorisation et anhédonie ». Elles relevaient une recrudescence des symptômes « après la réponse négative de l'AI », soulignant en outre le décès récent de la mère de l'assuré. Elles s'orientaient désormais vers un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, en lieu et place d'un trouble de la personnalité évitante, compte tenu de « la présence d'angoisses d'abandon, de difficultés considérables aux interactions interpersonnelles, d'une perturbation de l'image de soi, d'une impulsivité caractérisée par des crises de boulimie, d'idées suicidaires chroniques, d'une labilité émotionnelle, d'un sentiment de vide chronique et d'une difficulté importante sur la gestion des émotions ». Une évaluation par des tests projectifs était encore en cours. La capacité de travail était nulle ; les problèmes psychiques et le manque de ressources intérieures empêchaient toute productivité dans l'économie libre, avec des absences régulières entraînant une baisse de rendement supérieure à 20 %.

Par décision du 3 décembre 2020, la magistrate instructrice a mis l'assuré au bénéfice de l'assistance judiciaire, en l'exonérant de frais judiciaires et d'avances de frais, à compter du 30 novembre 2020.

L'assuré a fait parvenir un nouveau rapport du Dr F. \_\_\_\_\_, daté du 27 novembre 2020, dans un pli du 10 décembre 2020. Ce praticien soulignait la prise en charge importante de son patient sur le plan psychiatrique, étant donné la recrudescence d'idées suicidaires d'intensité sévère. Cet aspect justifiait, à son avis, à lui seul une incapacité totale de travail. Du point de vue somatique, une évaluation angiologique avait confirmé un lymphœdème important secondaire à une insuffisance veineuse bilatérale. Un traitement par drainage lymphatique et une contention par bas spécifiques étaient projetés. Les limitations fonctionnelles devaient tenir compte de l'obésité morbide, du lymphœdème et de douleurs cervicales en lien avec un canal cervical étroit et une sensation d'anesthésie du pouce droit.

L'OAI a répondu au recours le 21 décembre 2020 et conclu à son rejet. Sur le plan médical, il a rappelé avoir procédé à une expertise

bidisciplinaire au sein du G.\_\_\_\_\_ et s'est référé à un avis établi par le SMR le 14 décembre 2020, aux termes duquel ce service considérait l'absence d'élément nouveau permettant de revoir la situation de l'assuré. L'OAI a par ailleurs exposé que la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité ne s'appliquait pas en l'espèce puisqu'un changement de secteur d'activités était exigible. Il n'y avait pas non plus lieu de prendre en compte les revenus réalisés entre 2002 et 2009, dans la mesure où l'incapacité de travail de l'assuré était documentée dès septembre 2016. En outre, si le revenu sans invalidité devait être évalué sur la base de l'ESS, dans le domaine de la vente spécialisée, il se monterait à 59'435 fr., ce qui permettrait de fixer le degré d'invalidité à 19,07 %. Un abattement supérieur à 10 % sur le revenu d'invalidité ne se justifiait pas en raison des années de service, l'assuré n'ayant débuté son activité au sein de E.\_\_\_\_\_SA qu'en 2011. La réduction opérée tenait compte adéquatement des limitations fonctionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles.

Par réplique du 19 janvier 2021, l'assuré a maintenu ses conclusions.

L'OAI a dupliqué le 8 février 2021, soulignant que l'ensemble des plaintes de l'assuré, dont son obésité, avaient été examinées par les experts du G.\_\_\_\_\_. Il a dès lors confirmé ses conclusions en vue du rejet du recours.

Par pli du 15 juillet 2021, l'OAI a fait parvenir à la Cour de céans un tirage de nouvelles pièces médicales, à savoir un rapport des Dres W.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et M.\_\_\_\_\_, du Département de psychiatrie du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_ du 2 juin 2021 et deux rapports d'évaluation psychologique et neuropsychologique du Centre A.\_\_\_\_\_ des 29 octobre 2020 et 18 février 2021.

A l'issue de l'évaluation neuropsychologique, le centre précité a communiqué ses conclusions comme suit le 29 octobre 2020 :

« Droitier, âgé de 49 ans, M. B.\_\_\_\_\_ est bilingue allemand-français. Il vit seul, dans un appartement de la maison familiale de sa sœur et n'est pas autonome financièrement, administrativement et pour son hygiène de vie. Dépressif anxieux et en surpoids, il est pris en charge en psychothérapie et se trouve en arrêt maladie. Il a fait une demande à l'AI, refusée. Ayant vécu du harcèlement et de l'humiliation dans l'enfance en raison de son surpoids, il a développé une très faible estime de lui-même. Il consulte pour la suspicion d'un trouble déficitaire de l'attention sous la recommandation du Dr M.\_\_\_\_\_. Ses plaintes actuelles sont attentionnelles (concentration, pensées intrusives auto-dépréciatives) et exécutives (organisation). Le patient présenterait également de l'hypersensibilité sensorielle (tactile et auditive) et la thymie est très basse au jours de l'évaluation.

Lors de la présente évaluation, le patient est fortement logorrhéique et partiellement socialement adéquat (regard, ton). Collaborant et non fatigable, il est orienté. Sur le plan attentionnel, nous observons de bonnes capacités d'attention divisée et une bonne attention sélective visuelle. L'attention soutenue sur une durée de 15 minutes est également satisfaisante. La vitesse exécutive est bonne mais se trouve anormalement lente dans plusieurs tâches impliquant de la graphomotricité, de l'inhibition ou de la flexibilité mentale mettant en évidence une fragilité importante de ces fonctions exécutives, mais également une bonne stratégie pour gérer ainsi le taux d'erreurs qui est normal. Une importante impulsivité motrice est aussi mise en exergue dans une tâche de Go-Nogo (CPT3). La mémoire à court terme verbale est fragile et la mémoire de travail déficitaire. Les aptitudes d'organisation et de planification sont bonnes : M. B.\_\_\_\_\_ démontre un bon esprit logique et de programmation, ainsi qu'une aptitude spontanée à la vérification. La mémoire épisodique visuelle est bonne.

Les questionnaires d'auto-évaluation pour un trouble déficitaire de l'attention sont significatifs ; toutefois de nombreux autres troubles comorbides sont également rapportés de manière significative (trouble anxieux, dépression sévère, manies, déficit d'habiletés sociales, éléments de personnalité, troubles du sommeil, de l'alimentation, et des apprentissages, maladresse et tics) et les données hétéro-anamnestiques ne sont pas significatives. Les difficultés impactent de manière significative l'autonomie au quotidien.

Au vu des données cliniques récoltées et des résultats neuropsychologiques présents, nous retenons des difficultés exécutives et en particulier un déficit d'inhibition et de faibles capacités en mémoire de travail. Toutefois, en raison de la très forte comorbidité de troubles thymiques présente chez le patient, nous ne sommes pas en mesure de conclure à ce jour à un trouble neurodéveloppemental déficitaire de l'attention. Les difficultés cognitives mises en évidence par cet examen neuropsychologique, et rapportées au quotidien, sont tout à fait susceptibles d'être expliquées par les troubles thymiques. [...] »

Le Centre A.\_\_\_\_\_ a fait part des éléments suivants le 18 février 2021, à la suite de son examen psychologique :

« Nous concluons à un aménagement prépsychotique avec une composante affective sur un versant mélancoliforme. Avec des aspects du registre limite comme le besoin d'omnipotence, l'angoisse de perte d'objet, l'externalisation, la recherche d'emprise avec des enjeux relationnels sur le mode du sadomasochisme, et une tendance à la fabulation. Et, en deçà, nous observons des fragilités identitaires appartenant au registre psychotique, l'angoisse de persécution et l'angoisse de mort, une légère angoisse de morcellement, le flou entre l'un et le deux et des défenses maniformes importantes.

Compte tenu des aspects cliniques [...], des fragilités identitaires, des fluctuations de la conscience interprétative, et des références au son qui s'observent généralement chez les sujets étant susceptibles de développer des hallucinations auditives, nous recommandons de limiter les facteurs de risque pouvant contribuer à une évolution vers une psychose franche. »

Quant aux Dres W.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, elles ont indiqué, le 2 juin 2021, avoir retenu les diagnostics différentiels de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques et de personnalité émotionnellement labile, type borderline. Différents suivis thérapeutiques avaient été tentés avec « des résultats médiocres sur [l']état clinique », lequel demeurerait précaire, alors que le moindre stress intensifiait l'état anxiodépressif et les sentiments de persécution en présence de difficultés à interagir avec des tiers. La symptomatologie était chronique, présente de manière paucisymptomatique depuis des années, mais devenue davantage limitante. L'assuré avait perdu les ressources lui permettant de s'adapter à la vie professionnelle. La capacité de travail était donc nulle dans n'importe quelle activité.

Un avis du SMR du 13 juillet 2021 complétait l'envoi de l'OAI. Selon ledit service, les éléments rapportés par les Dres W.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ le 2 juin 2021 (trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère) étaient postérieurs à la décision litigieuse. Le bilan neuropsychologique ne comportait pas de nouveauté, alors qu'un trouble du déficit de l'attention avait été exclu. Le SMR maintenait par conséquent ses précédentes prises de position.

Par détermination du 11 août 2021, l'assuré a observé qu'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée était « irréaliste », ce que confirmaient notamment les médecins du Centre hospitalier

K.\_\_\_\_\_. Il a par conséquent conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

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

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

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

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

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

**c)** En l'espèce, le recours formé le 30 novembre 2020 contre la décision de l'intimé du 26 octobre 2020 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

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

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

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

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

**4.** **a)** L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles

(let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

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

**c)** En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, 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. La rente est versée dès le début de mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

**5. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un

rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. 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. Selon la jurisprudence, 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 352 consid. 3b/aa et les références).

**d)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de

prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

**6.**       **a)** En vertu de la jurisprudence fédérale, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Cette procédure probatoire a été étendue aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2).

**b)** Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et dorénavant des dépendances 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et références citées).

**c)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'une dépendance 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).

**d)** 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).

**aa)** 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).

**bb)** 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).

**7.** En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'une expertise bidisciplinaire au sein du G.\_\_\_\_\_, dont le rapport du 3 février 2020 remplit a priori les réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante. Les experts ont en effet procédé à des examens cliniques minutieux du recourant, après avoir complété les pièces de son dossier, et ont fourni un tableau clinique exhaustif et cohérent de sa situation. Leurs conclusions résultant de leur appréciation consensuelle du cas apparaissent, au surplus, congruentes avec les observations cliniques communiquées à la suite des examens spécifiques des deux disciplines. On ajoutera que les experts se sont également prononcés sur le cas du recourant à l'aune des indicateurs pertinents dégagés par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 6d ci-dessus). Ils ont ainsi retenu une capacité de travail globalement préservée dans une activité adaptée, en dépit des ressources adaptatives limitées du recourant. Il convient cela étant d'examiner si les griefs de ce dernier, fondés sur les rapports de ses médecins traitants sont susceptibles de faire douter des conclusions des experts.

**8. a)** Sur le plan somatique, quoiqu'en dise le recourant, les experts, singulièrement le Dr H.\_\_\_\_\_, ont examiné l'ensemble des diagnostics évoqués dans son cas. En particulier, le Dr H.\_\_\_\_\_ s'est exprimé sur l'obésité affectant le recourant et a décrit les conséquences de cette pathologie présente depuis l'enfance, laquelle entraînait principalement des difficultés dans les déplacements et les efforts. Il a par ailleurs analysé la problématique angiologique, en retenant le lymphœdème des membres inférieurs au titre de conséquence vraisemblable de l'obésité. On ajoutera que la gonarthrose bilatérale a été également prise en compte dans ce contexte (cf. rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ du 3 février 2020, p. 21 ss). L'expert a ensuite énuméré précisément les restrictions fonctionnelles, soit le déconditionnement à l'effort, la contre-indication de la position debout prolongée, du port de charges lourdes de plus de 10 kg, des mouvements nécessitant des efforts à la montée ou descente ou requérant de se pencher en avant ou latéralement (cf. ibidem, p. 26 et 27).

**b)** On ne voit pas que les autres pièces médicales versées au dossier du recourant viennent contredire les conclusions du Dr H.\_\_\_\_\_ dans son domaine de compétences. Il n'apparaît pas davantage que le registre somatique ait été insuffisamment investigué ou analysé de manière provisoire, ainsi que l'argumente le recourant. La consultation angiologique, postérieurement relatée par le Dr F.\_\_\_\_\_, n'a fait que confirmer les investigations du Dr H.\_\_\_\_\_, sans apporter de nouveauté à cet égard. On relève d'ailleurs que le Dr F.\_\_\_\_\_ lui-même considère que le volet psychiatrique serait prédominant dans le cas de son patient (cf. rapports \_\_\_\_\_ du Dr F.\_\_\_\_\_ des 26 mai et 27 novembre 2020).

**9. a)** L'état de santé psychique du recourant a été investigué spécifiquement par le Dr J.\_\_\_\_\_ pour le compte du G.\_\_\_\_\_. A l'issue de son examen, il a retenu des diagnostics similaires à ceux évoqués par les psychiatres traitants, les principales divergences ayant trait à l'intensité des troubles (en particulier du trouble dépressif récurrent) et à leur incidence sur la capacité de travail résiduelle. On observe en effet que sur le plan diagnostique, les différents intervenants ont mentionné un trouble de la personnalité évitante, un trouble dépressif récurrent, une agoraphobie avec trouble panique et un trouble de l'alimentation de type hyperphagie, associé à l'obésité morbide (cf. rapport d'expertise du G.\_\_\_\_\_ du 3 février 2020, p. 6 ; rapport d'évaluation du Dr J.\_\_\_\_\_ du 3 février 2020, p. 22 ss ; cf. également notamment : rapports du Département de psychiatrie du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_ des 18 juin 2019, 28 mai et 15 septembre 2020). La suspicion d'un trouble du déficit de l'attention, envisagée postérieurement à l'expertise réalisée au sein du G.\_\_\_\_\_, a par ailleurs été écartée (cf. rapport d'évaluation neuropsychologique du Centre A.\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2020).

**b)** On relève que le Dr J.\_\_\_\_\_ a exposé à satisfaction les éléments ressortant de son examen clinique et des pièces du dossier, lui permettant de qualifier de « léger » l'épisode induit par le trouble dépressif récurrent. Il a au surplus discuté les diagnostics posés par ses

confrères en relation avec l'anamnèse et les plaintes du recourant (cf. rapport d'évaluation du Dr J.\_\_\_\_\_ du 3 février 2020, p. 23).

**c)** On ajoutera que l'expert psychiatre s'est prononcé en se référant à la grille d'indicateurs préconisée par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 6d supra). A cet égard, il a fait état de ressources diminuées dans le contexte d'une évolution défavorable, en dépit d'une « légère amélioration de l'épisode dépressif entre juin 2019 et la date de la présente évaluation » (cf. ibidem, p. 26 et 27).

**d)** S'agissant des rapports communiqués subséquentement par le recourant à l'appui de ses griefs, on observe que ces documents relatent un état de santé psychique particulièrement fluctuant. En l'occurrence, le trouble dépressif récurrent aurait alternativement entraîné des épisodes qualifiés de « légers », « moyens » ou « sévères » sans toutefois que le status clinique décrit par le Département de psychiatrie du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_ ne soit notablement différent. Ces pièces mettent en évidence des états dépressifs réactionnels au contexte assécurologique, ce qui ne saurait justifier en soi une incapacité de travail durable (cf. notamment : rapport du Département de psychiatrie du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_ du 28 mai 2020). On peut d'ailleurs observer que l'état thymique du recourant était largement amélioré à son retour à domicile à l'issue de son hospitalisation en milieu spécialisé (cf. lettre de sortie de l'Hôpital BB.\_\_\_\_\_ du 21 juillet 2020). La situation rapportée par le Département de psychiatrie du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_ le 2 juin 2021, faisant suite notamment aux évaluations effectuées au sein du Centre A.\_\_\_\_\_, apparaît cependant progressivement dégradée en dépit de la prise en charge entamée le 10 juin 2020. Les psychiatres traitantes considèrent en effet désormais que le recourant a épuisé les ressources qui lui auraient permis de faire face à une activité professionnelle. Selon elles, l'ensemble des mesures thérapeutiques ont eu des résultats médiocres, alors que des limitations plus importantes dans la vie quotidienne sont observées. En outre, elles évoquent désormais un diagnostic de personnalité borderline, mentionnant un

nouvel événement de vie adverse survenu au début novembre 2020 (décès de la mère du recourant).

**f)** Vu ces éléments, on peut s'interroger sur la survenance d'une aggravation postérieure à l'évaluation communiquée par les experts du G.\_\_\_\_\_, voire sur le bien-fondé de leurs conclusions en termes de capacité de travail. Cela étant, ces derniers avaient expressément envisagé une évolution défavorable de la situation, eu égard à la chronicité des diagnostics observés auprès du recourant, ainsi qu'au vu des ressources internes et externes extrêmement limitées. Indépendamment de ces questions, il convient de toute façon d'admettre le présent recours, sous l'angle de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative, pour les motifs ci-après.

**10. a)** Pour évaluer le degré d'invalidité, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

**b)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter

économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; 8C\_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 et 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2).

**11. a)** En l'espèce, il ressort des conclusions du rapport d'expertise du G.\_\_\_\_\_, ainsi que des observations des médecins traitants, que le recourant rencontre des limitations substantielles dans le contexte d'une activité éventuellement adaptée à son état de santé. Sur le plan physique, il connaît en effet des restrictions à l'effort, au maintien de la position debout, à la position accroupie, au port de charges lourdes et aux déplacements. Il rencontre notamment, du point de vue psychique, des difficultés dans la gestion des relations personnelles et de ses émotions, des difficultés d'autonomie et de maintien d'un rythme diurne et nocturne. Il est entravé dans les tâches administratives et dans l'organisation de son temps. L'activité potentiellement adaptée devrait éviter tout stress et ne pas solliciter sa capacité restreinte d'attention, de concentration, de mémorisation ou d'adaptation. Il conviendrait également d'exclure toute activité endurante, complexe, précise ou exigeant de la rapidité (cf. à cet égard : limitations fonctionnelles énoncées par le G.\_\_\_\_\_, rapport d'expertise du 3 février 2020, p. 7). Il s'agirait donc de trouver une activité essentiellement assise, simple, sans contrainte de rendement, que le recourant pourrait exercer en solitaire, a priori chez lui étant donné son agoraphobie, en fonction de sa propre organisation de ses journées, ce alors qu'il est peu autonome et peu adaptable.

**b)** Les experts du G.\_\_\_\_\_ ont en outre souligné le peu de ressources à disposition du recourant sur le plan personnel au vu de « la réduction des activités en société ou dans le monde professionnel ». Du point de vue externe, les ressources ont également été qualifiées de faibles, étant donné un réseau social « rétréci aux contacts avec sa sœur et le personnel soignant », ou à des contacts virtuels avec quelques personnes domiciliées à l'étranger (cf. ibidem, p. 8 ; cf. également : rapport du Département de psychiatrie du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_ du 18 novembre 2020). Le déficit des ressources a été constaté alors que le trouble dépressif était qualifié de léger et que les atteintes à la santé sont chroniques et progressives. On relève en outre que les experts ont clairement indiqué qu'un processus de réadaptation serait difficile pour le recourant, dont l'état psychique ne permettait pas d'entrer dans une démarche de réinsertion.

**c)** Etant donné l'ensemble de ces contingences et le peu de ressources mobilisables, on ne voit pas que le recourant soit en mesure de se mobiliser pour exploiter une capacité de travail médico-théorique sur le marché ordinaire du travail. Conformément à la jurisprudence fédérale citée sous consid. 10b, on ne peut qualifier d'exigible une activité significativement restreinte par les limitations fonctionnelles importantes et contraignantes mises en évidence in casu par le corps médical. Force est d'ailleurs de relever que le catalogue exemplatif d'activités envisagées par l'intimé ne répond manifestement pas aux réquisits médicaux imposés dans le cas du recourant. L'intimé a en effet pris en compte des activités de montage, de contrôle ou de surveillance dans le domaine industriel, de conditionnement, d'assistance administrative, dans la vente ou dans le domaine informatique (cf. rapport du Service de réinsertion professionnelle du 9 mars 2020). Ces activités requièrent à l'évidence des compétences interpersonnelles, ainsi qu'un minimum de concentration et d'organisation, lesquelles demeurent hors de portée du recourant en raison de ses atteintes à la santé psychique. Par ailleurs, il apparaît irréaliste d'exiger d'un employeur des adaptations d'un poste de travail correspondant aux contraintes médicales, au vu du nombre et de la spécificité de ces restrictions. Par conséquent, il convient de conclure que

la concrétisation d'une capacité de travail médico-théorique sur le marché ordinaire du travail n'est pas exigible de la part du recourant.

**12. a)** En définitive, il s'agit de retenir que la capacité de gain du recourant est nulle à compter du 31 août 2016 (début de l'incapacité de travail médicalement attestée), ce pour une durée indéterminée.

**b)** A l'issue du délai de carence d'une année (cf. art. 28 al. 1, let. b, LAI), son degré d'invalidité est donc de 100 % et ouvre le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**c)** Compte tenu du dépôt de la demande de prestations le 6 juillet 2017, le recourant peut prétendre au versement de cette prestation à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018 (cf. art. 29 LAI)

**13. a)** Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision de l'intimé du 26 octobre 2020 réformée, en ce sens que le recourant a droit au versement d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

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

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

**c)** Le recourant, assisté d'un mandataire professionnel et obtenant gain de cause, peut prétendre des dépens, fixés à 2'000 fr., portés à la charge de l'intimé (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).



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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 26 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que le recourant a droit au versement d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (pour B. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :