

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 janvier 2022

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Berseth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19[...], père d'une fille née en 20[...], ingénieur en chimie, a présenté à compter du 14 mai 2016 une incapacité totale de travail.

A.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain de l'employeur, a confié la réalisation d'une expertise au Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui, dans son rapport du 26 janvier 2017, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), de trouble anxieux mixte (F41.3) et de personnalité anankastique (F60.5). Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a constaté que la capacité de travail de l'intéressé était nulle au moment de l'évaluation, dans son activité habituelle comme dans toute autre activité. Il a encore observé ce qui suit (p. 10) :

**« Pronostic concernant la capacité de travail**

Compte tenu de l'évolution et de la présentation symptomatique qui ne montre que très peu d'évolution sur près de huit mois sous traitement spécialisé, avec la présence d'une symptomatologie restant significative, le pronostic de reprise reste délicat et difficile à formuler.

En effet il est peu probable que Mr C.\_\_\_\_\_ devienne significativement et rapidement moins symptomatique que ce qui est observé actuellement, de plus il donne l'impression d'une grande fragilité et paraît complètement dépassé dans ses capacités adaptatives.

A ce stade il paraît aussi aléatoire qu'il retrouve la capacité de reprendre son activité antérieure, qui implique responsabilités et charge de travail importante.

Au mieux il s'agirait de réévaluer cette situation d'ici 3 mois pour pouvoir se prononcer valablement et formuler un pronostic fiable. »

L'assuré a déposé le 15 mars 2017 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état d'une incapacité totale de travail à compter du 14 mai 2016, en raison d'une dépression.

A la suite de cette demande, diverses mesures lui ont été octroyées par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), notamment, dès le mois d'avril 2018, auprès d'E.\_\_\_\_\_ entité de démarche coopérative, à [...].

Selon une note d'entretien du 26 septembre 2018 entre l'OAI, l'assuré et les organisateurs de la mesure, cette dernière se déroulait bien, l'intéressé se sentait globalement mieux et était content d'être dans cette structure. Au niveau médical, il disait que les vertiges étaient encore très présents.

Par rapport à l'OAI du 5 novembre 2018, la Dre F.\_\_\_\_\_, alors psychiatre traitante, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10), estimant que l'évolution était légèrement favorable les derniers deux à trois mois, la capacité de travail étant de 40-50% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée depuis le printemps 2018. La Dre F.\_\_\_\_\_ notait également que le patient présentait des troubles de concentration et d'attention, avec une sensation de vertige et fatigue extrême.

Le 14 janvier 2019, la Dre F.\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que la capacité de travail de son patient, qui était de 40 à 45% à la fin de l'année 2018, avait été réduite à 0% au début de l'année 2019. Le 8 février 2019, elle a précisé que les raisons de l'arrêt étaient une anxiété quasi permanente, une énorme fatigue et fatigabilité, une diminution de l'énergie vitale, des symptômes physiques (vertiges) et une hypersomnie.

Le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a fait savoir à l'OAI le 22 février 2019 qu'il avait repris le suivi de l'assuré depuis le mois de janvier 2019. Actuellement, son état de santé ne lui permettait pas d'investir le programme de réinsertion professionnelle entamé auprès de l'AI.

Par courrier du 4 avril 2019 à Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat de l'assuré, l'OAI a rappelé que l'intéressé bénéficiait depuis le 16 avril 2018 de mesures de réinsertion, qui avaient permis d'atteindre à la fin décembre 2018 un taux de présence effectif de 45%, avec un rendement diminué. Depuis le 2 janvier 2019 cependant, il avait présenté

une série d'incapacités de travail temporaires puis, depuis le 3 février 2019, l'incapacité de travail avait été totale. Les mesures, dont les conditions de maintien n'étaient plus réunies, avaient dû être interrompues.

Le 24 juillet 2019, l'OAI a fait savoir à l'assuré, par son avocat Me Hofstetter, qu'afin de clarifier le droit aux prestations, une expertise médicale psychiatrique était nécessaire, et qu'il avait mandaté à cet effet le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Finalement cependant, l'expertise a été confiée au Dr T.\_\_\_\_\_. Ce dernier a adressé son rapport à l'OAI le 28 novembre 2019. Sous la signature de ce médecin, on pouvait lire « Psychiatre, psychothérapeute FMH ». De même, sur le courrier d'envoi de l'expertise à l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a fait figurer la mention « Psychiatre et psychothérapeute FMH ». En page 2 du rapport d'expertise, on peut également lire que l'expertise a été réalisée par « Le Docteur T.\_\_\_\_\_ Psychiatre, Psychothérapeute FMH ». Le Dr T.\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, ceux de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis mai 2016 au présent (F33.1), de trouble panique avec des attaques de panique hebdomadaires, sans limitations objectivables dans le quotidien (F41.0) et de trouble mixte de la personnalité anankastique et dépendante actuellement non décompensé (F61), étant sans effet sur la capacité de travail. En réponse aux questions de l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail était entière, sans baisse de rendement, depuis 2016, faisant état d'un bon pronostic psychiatrique, compte tenu de l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques objectivables ; il a toutefois relevé que la situation n'était pas stabilisée et devrait être réévaluée dans une année.

Le 24 janvier 2020, l'avocat de l'assuré s'est étonné que l'expertise ait été réalisée par le Dr T.\_\_\_\_\_, alors qu'elle avait été confiée au Dr X.\_\_\_\_\_. Il a également relevé que le Dr T.\_\_\_\_\_ présentait d'importantes lacunes en français, qu'il l'avait enregistré durant les entretiens d'expertise sans l'en avertir au préalable, et a fait part de ses remarques sur le fond du rapport.

L'OAI s'est déterminé le 6 février 2020 sur cette correspondance, en expliquant au conseil de l'assuré que c'était par erreur que le changement d'expert ne lui avait pas été signifié par le biais d'une communication idoine, l'office étant cependant d'avis qu'il n'y avait pas lieu de retrancher, à ce stade, le rapport d'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ du dossier.

L'assuré a adressé à l'OAI le 12 février 2020 un rapport du 8 février 2020 du Dr W.\_\_\_\_\_, qui y a relevé que l'expert avait complètement négligé l'ampleur de la problématique psycho-traumatique de son patient. Il y avait ainsi lieu de mettre sur pied une nouvelle expertise.

S'en sont suivis plusieurs échanges entre l'assuré et l'OAI, en lien avec le déroulement de l'expertise et le contenu du rapport du Dr T.\_\_\_\_\_.

Le Dr T.\_\_\_\_\_ a été invité à répondre à des questions complémentaires du SMR, de l'avocat de l'assuré et du Dr W.\_\_\_\_\_. Dans son complément du 4 mars 2020, il a proposé que le Dr Z.\_\_\_\_\_ lise l'appréciation de la capacité de travail et la discussion des indicateurs jurisprudentiels de gravité, et indique « s'il valide ou non [notre] démarche dans le contexte d'une expertise AI ».

L'avocat de l'assuré a adressé à l'OAI le 19 mai 2020 un rapport du 8 mai 2020 du Dr W.\_\_\_\_\_, dans lequel le psychiatre traitant a expliqué retenir comme diagnostic principal celui de modification durable de la personnalité dans le cadre d'une maltraitance physique et psychique (F62.8). Le Dr W.\_\_\_\_\_ a en outre déploré que le Dr T.\_\_\_\_\_ évalue la pleine capacité de travail de son patient en se fondant sur les soins qu'il prodigue à sa fille. Il a répété qu'à ses yeux, le Dr T.\_\_\_\_\_ avait complètement négligé l'ampleur de la problématique psycho-traumatique du patient.

Par avis du 7 juillet 2020, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité, a estimé que le rapport d'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ remplissant les critères formels de qualité. Sur le fond, l'expert avait réalisé un important effort pour confronter les doléances de l'assuré avec ses ressources effectives. Une valeur prépondérante était donnée au rapport du Dr T.\_\_\_\_\_, dont il y avait lieu d'adopter les conclusions.

Par projet de décision du 22 décembre 2020, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations, dans la mesure où il présentait depuis toujours une capacité de travail dans toute activité lucrative, sans limitations fonctionnelles.

L'assuré a contesté ce projet de décision les 4 et 8 janvier 2021, en reprenant ses griefs relatifs à la désignation du Dr X.\_\_\_\_\_ (alors que c'était le Dr T.\_\_\_\_\_ qui avait finalement procédé à l'expertise), à l'utilisation d'un appareil d'enregistrement, et à la mauvaise compréhension du français par l'expert. Il a ensuite fait valoir des moyens de fond pour contester le rapport d'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_ et expliqué qu'il présentait bel et bien une incapacité de travail totale, devant conduire à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2017. Il a joint à son envoi un rapport du 9 septembre 2016 de la Dre P.\_\_\_\_\_, psychiatre à la H.\_\_\_\_\_, où il avait séjourné du 8 au 28 août 2016, dans le cadre d'une première hospitalisation en milieu psychiatrique à la suite de l'installation progressive d'un tableau clinique compatible avec une décompensation anxiodépressive dans un contexte de surcharge professionnelle et de difficultés familiales.

Le 9 mars 2021, l'avocat de l'assuré a encore adressé à l'OAI un rapport du 5 mars 2021 du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin praticien, selon lequel l'intéressé, qu'il suivait depuis le 23 août 2017, souffrait de troubles anxieux généralisés avec crise de panique depuis lors ; ses troubles étaient très invalidants jusqu'à fin 2020, empêchant toute activité professionnelle régulière. Son état s'était partiellement amélioré ces derniers mois, mais il présentait encore actuellement des troubles anxieux

avec une fatigabilité importante limitant de façon très significative son activité professionnelle, le maximum pouvant être envisagé actuellement étant de 40%, dans un environnement adapté.

Par décision du 24 mars 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, reprenant la teneur de son projet du 22 décembre 2020. Par courrier d'accompagnement du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a pris position sur les objections fondées par l'assuré, en expliquant qu'il retenait l'appréciation de l'expert T. \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail, les rapports médicaux parvenus depuis lors n'étant pas propres à remettre en question cette appréciation, puisqu'ils ne faisaient état d'aucun élément nouveau depuis l'examen de l'expert.

**B.** Par acte du 11 mai 2021, C. \_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Hofstetter, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2017 au plus tard, et subsidiairement à son annulation, suivie du renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction. En substance, il a à nouveau fait valoir que c'est le Dr X. \_\_\_\_\_ qui avait été désigné, que le Dr T. \_\_\_\_\_ s'était servi d'un appareil d'enregistrement, qu'il s'exprimait mal en français, que son rapport était « défaillant », et comportait de nombreuses erreurs. Il a également exposé souffrir de vertiges ayant un caractère invalidant. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire, en présence d'une expertise contredite, notamment, par les appréciations du Dr W. \_\_\_\_\_, mais qui comporte en outre des erreurs. Il a joint à son écriture un onglet de pièces sous bordereau, comprenant notamment un rapport du 4 février 2021 du Dr W. \_\_\_\_\_ à son avocat, dans lequel ce médecin a indiqué toujours suivre son patient à raison d'une séance par semaine ; les symptômes (vertiges, fatigue chronique, céphalées, troubles de l'équilibre dans le cadre de malaises vagues) devenaient de plus en plus sévères et évoluaient vers la chronicité. Cette symptomatologie ne permettait pas au

patient d'envisager une quelconque activité professionnelle, même à temps partiel.

Par réponse du 22 juin 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours, en renvoyant aux courriers dans lesquels il avait pris position sur les griefs du recourant, ainsi qu'aux avis du SMR.

Le 30 juin 2021, l'OAI s'est adressé spontanément à la Cour des assurances sociales, en indiquant pouvoir donner une suite positive à la conclusion subsidiaire du recourant, dans la mesure où le Dr T.\_\_\_\_\_, dont le rapport du 28 novembre 2019, complété le 4 mars 2020, portait la mention « Psychiatre et psychothérapeute FMH », n'était pas encore formellement membre de la FMH, vu que sa demande d'affiliation était en cours de traitement.

Le 14 juillet 2021, l'OAI a fait part à la juge instructrice de la Cour des assurances sociales que l'avocat du recourant l'avait contacté pour faire part de son profond mécontentement, en précisant ne vouloir en aucun cas accepter un autre expert désigné par l'office. Par soucis d'apaisement, l'OAI proposait dès lors que la Cour des assurances sociales mette elle-même en œuvre une expertise psychiatrique, dont les frais seraient à la charge de l'OAI.

Le 21 juillet 2021, le recourant a indiqué partager le soucis d'apaisement évoqué par l'intimé, et ne pas être opposé à la mise sur pied d'une expertise psychiatrique par la Cour des assurances sociales, proposant que soit désigné le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par écriture du 13 août 2021, le recourant a produit un rapport du 11 août 2021 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste ORL, qui indiquait le prendre en charge dans le cadre de troubles sévères de l'équilibre persistants depuis plus de cinq ans. La première consultation, du 18 février 2021, portait (sic) le diagnostic clinique ORL de Persistent Postural-Perceptual Dizziness (PPPD), lequel pouvait expliquer les manifestations somatiques

exprimées (sensation de flottement avec baisse d'énergie, vertige rotatoire avec impression de chute, céphalée, malaise, ...). Le Dr J. \_\_\_\_\_ indiquait que le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste ORL au V. \_\_\_\_\_ (ci-après : V. \_\_\_\_\_), avait confirmé le diagnostic de PPPD et sa sévérité.

Le 30 août 2021, le recourant a expliqué qu'une nouvelle expertise n'apparaissait pas indispensable au regard des pièces du dossier, qui attestaient une incapacité de travail totalement invalidante tant sur le plan psychiatrique que somatique.

Le 9 septembre 2021, l'OAI a indiqué qu'une nouvelle expertise s'avérait nécessaire, avec, le cas échéant, un volet dans le domaine ORL. Il a produit en annexe un avis du 2 septembre 2021 du Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR, à teneur duquel il a proposé d'obtenir les consiliums et rapports du Dr B. \_\_\_\_\_, afin de préciser les symptômes allégués par l'assuré, les éléments objectifs soutenant le diagnostic de PPPD, et ceux permettant d'évaluer sa sévérité.

Le 4 octobre 2021, le recourant a maintenu sa position selon laquelle la Cour des assurances sociales disposait de toutes les pièces lui permettant de faire droit à son recours. Il a par ailleurs exposé que pour le cas où une nouvelle expertise devait être mise en œuvre, la question de son aptitude à la subir se poserait. Il a joint le rapport du 4 février 2021 du Dr W. \_\_\_\_\_ déjà produit avec le recours, le rapport de la Dre P. \_\_\_\_\_ du 9 septembre 2016 déjà au dossier, ainsi qu'une évaluation d'E. \_\_\_\_\_.

Par écriture du 13 octobre 2021, l'OAI a demandé que soient produits les consiliums et rapports du Dr B. \_\_\_\_\_.

Le 19 octobre 2021, le recourant a produit un nouveau rapport du Dr J. \_\_\_\_\_, indiquant que le patient avait réalisé 28 séances de rééducation, l'évolution restant cependant lente compte tenu du retard de diagnostic et de la prise en charge spécialisée. Il a également joint un questionnaire complété le 18 février 2021, évaluant le handicap des troubles de l'équilibre, ainsi qu'un rapport du 30 juin 2021 du Dr

B.\_\_\_\_\_, faisant état d'une otoscopie normale des deux côtés, et d'un audiogramme tonal également normal des deux côtés, singulièrement d'un examen otoneurologique clinique normal, sans évidence d'une pathologie vestibulaire organique, ce spécialiste ayant toutefois indiqué que l'anamnèse était effectivement compatible avec un PPPD chez un patient avec antécédents d'hypersensibilité vestibulaire, anxiété et trouble du sommeil.

Il a été donné suite à la requête formulée le 13 octobre 2021 par l'OAI le 28 octobre 2021. Le 2 novembre 2021, le recourant a adressé trois articles de doctrine médicale à la Cour des assurances sociales, relatifs au PPPD. Il a également joint l'audiogramme annexé au rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 30 juin 2021.

L'OAI s'est déterminé sur ces pièces le 9 novembre 2021. Il s'est référé à un avis du Dr N.\_\_\_\_\_ du SMR du 8 novembre 2021, selon lequel il n'y avait pas d'éléments objectifs qui auraient été ignorés. En particulier, le Dr B.\_\_\_\_\_ faisait état d'un status otoneurologique normal, sans évidence en faveur d'une pathologie organique. Le Dr N.\_\_\_\_\_ s'est également étonné du fait que le recourant allègue ne pas pouvoir se prêter à une expertise, alors que depuis le début de l'année, il avait pu se rendre chez le Dr J.\_\_\_\_\_ et chez le Dr B.\_\_\_\_\_, ainsi qu'à 28 séances de rééducation vestibulaire.

Le recourant a déposé le 18 novembre 2021 une nouvelle détermination sur l'écriture de l'OAI du 9 novembre 2021, en renouvelant sa requête de désignation en qualité d'expert du Dr K.\_\_\_\_\_.

Le 19 octobre 2021, il a transmis un rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 30 septembre 2021 se déterminant sur l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_ du 2 septembre 2021 ainsi qu'un rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 30 juin 2021 déjà en main du tribunal.

Le recourant a encore déposé le 23 décembre 2021 un rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2021, dont il ressort que son patient a

connu une évolution légèrement satisfaisante de son état de santé grâce au traitement instauré, et qu'il a désormais recouvré une capacité de travail maximale de 30%, compte tenu de sa fragilité psychologique.

### **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 compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA) 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 une rente de l'assurance-invalidité, à la suite de sa demande du 15 mars 2017.

L'intimé a acquiescé à la conclusion subsidiaire du recourant, tendant au renvoi de la cause pour instruction complémentaire, par écriture du 30 juin 2021. Toutefois, l'acquiescement est en principe inopérant en droit des assurances sociales, en ce sens qu'il ne dispense pas le juge de se prononcer sur le recours, de sorte qu'il y a lieu de rendre une décision sur le fond (cf. TF 8C\_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 2.1 ; 9C\_149/2017 du 10 octobre 2017 consid. 1 et la référence citée).

**3. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte

d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant

de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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).

Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (TF 9C\_270/2007 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (TF 9C\_53/2009 du 29 mai 2009 consid. 4.2 et les arrêts cités).

**b)** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 ; 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). 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).

**5.** En l'occurrence, l'OAI s'est fondé, pour rendre la décision attaquée, sur le rapport d'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ du 28 novembre 2019, et son complément du 4 mars 2020.

Toutefois, cet office a expliqué, par écriture spontanée du 30 juin 2021, que le Dr T. \_\_\_\_\_ n'était pas encore membre de la FMH, - sa demande d'affiliation étant en cours de traitement -, et a proposé dès lors le renvoi du dossier pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique auprès d'un autre praticien.

L'OAI a ainsi admis, au moins implicitement, que les conditions posées par la jurisprudence (cf. consid. 4 let. a ci-dessus) étaient remplies, et qu'il y avait dès lors lieu de lui renvoyer la cause pour nouvelle expertise psychiatrique. Ce point de vue est fondé. Cela étant, et surtout, le rapport d'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ paraît lacunaire sur le fond.

En effet, le Dr T. \_\_\_\_\_ a fait état d'une capacité de travail entière, sans baisse de rendement, dès 2016. Pourtant, le recourant a été hospitalisé durant trois semaines à la Clinique H. \_\_\_\_\_, en août 2016, en milieu psychiatrique. En outre, le Dr Z. \_\_\_\_\_, mandaté par A. \_\_\_\_\_, a constaté, le 27 janvier 2017, que la capacité de travail du recourant était nulle au moment de son évaluation. Or, les raisons qui ont conduit le Dr T. \_\_\_\_\_ à retenir une capacité de travail entière, sans baisse de rendement, depuis 2016, ne ressortent pas suffisamment clairement de l'expertise. Il est en effet douteux, de prime abord, comme le relève du reste le psychiatre traitant, le Dr W. \_\_\_\_\_, dans ses rapports successifs, que le Dr T. \_\_\_\_\_ fasse état d'une pleine capacité de travail, et de bonnes ressources, pour le motif que le recourant parvient à gérer son quotidien seul, les courses, le ménage, l'administratif, conduire, lire, et passer de bons moments avec sa fille ou des amis, malgré un isolement partiel mais pas total (cf. rapport d'expertise, p. 41). De même, le Dr T. \_\_\_\_\_ se limite à faire état d'une évolution « globalement stationnaire depuis 2016 au présent » (cf. rapport d'expertise, p. 42), sans prendre position sur les rapports des intervenants ayant retenu des périodes d'incapacité de travail antérieurement à son évaluation. Enfin, le Dr

T.\_\_\_\_\_ évoque une situation non stabilisée (cf. rapport d'expertise, p. 42), sans que cela n'ait cependant d'influence sur le résultat de son appréciation, selon laquelle le recourant présente une capacité de travail entière sans baisse de rendement, soit 9 heures par jour (cf. rapport d'expertise p. 45, point 9.2).

On notera encore que le Dr T.\_\_\_\_\_ mentionne un pronostic positif d'un point de vue théorique « surtout en cas de mise en place de mesures de réinsertion professionnelle, car il s'agit d'un assuré fragile qui peut décompenser ». Or, il ressort du dossier que la mise en place de mesures n'a pas permis de concrétiser le pronostic positif évoqué par le Dr T.\_\_\_\_\_: dans sa communication du 4 avril 2019 en effet, l'OAI a constaté que le recourant, qui bénéficiait depuis le 16 avril 2018 de mesures de réinsertion, avait eu un taux de présence effectif de 45%, avec un rendement diminué, et que depuis le 2 janvier 2019, il avait présenté une série d'incapacités de travail temporaires, pour être finalement se trouver en incapacité totale de travailler depuis le 3 février 2019. Ce constat met ainsi à mal l'appréciation de l'expert sur l'évolution de la capacité de travail, étant relevé que le Dr T.\_\_\_\_\_ ne paraît pas non plus avoir tenu compte des éléments figurant dans la communication précitée de l'OAI du 4 avril 2019. En dernier lieu, le complément d'expertise du 4 mars 2020, à teneur duquel il conviendrait de faire lire le rapport d'expertise du 28 novembre 2019 au Dr Z.\_\_\_\_\_, interpelle. Le rôle de l'expert n'est en effet pas d'obtenir l'approbation de l'un de ses confrères sur son travail, mais bien de prendre position sur les questions qui lui sont soumises.

Dans ces conditions, l'expertise du Dr T.\_\_\_\_\_, au demeurant non titulaire du titre FMH dont il se prévaut, ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Puisqu'une nouvelle expertise s'impose quoi qu'il en soit, les griefs du recourant quant à la mauvaise connaissance du Dr T.\_\_\_\_\_ de la langue française, l'enregistrement non autorisé des entretiens, ou encore le fait que la communication du 24 juillet 2019 mentionnait la désignation du Dr X.\_\_\_\_\_ en qualité d'expert, alors que c'est

finalement le Dr T. \_\_\_\_\_ qui a été désigné en remplacement, - sans que l'intéressé en soit informé -, souffrent de demeurer indécis.

Pour le surplus, et quoi qu'en dise le recourant, conformément à l'art. 43 LPGA, il y a bien lieu de renvoyer la cause à l'OAI, à qui il appartient en premier lieu d'instruire, afin qu'il mette en œuvre une nouvelle expertise avec volet psychiatrique. Les pièces au dossier ne permettent en effet pas d'établir l'« incapacité de travail totalement invalidante » sur les plans tant psychiatrique que somatique dont l'intéressé se prévaut dans son écriture du 30 août 2021, respectivement de considérer que la Cour des assurances sociales disposerait de toutes les pièces lui permettant de faire droit à son recours, comme le recourant le soutient par écriture du 4 octobre 2021. A toutes fins utiles, il est d'ores et déjà rappelé au recourant qu'il est tenu de se soumettre aux examens médicaux nécessaires à l'appréciation du cas, au risque que l'OAI se prononce en l'état du dossier (cf. art. 43 al. 2 et 3 LPGA), étant relevé que les pièces au dossier démontrent qu'il est en mesure de se rendre régulièrement auprès de médecins (cf. également avis SMR du 8 novembre 2021, ch. 5), si bien qu'il sera en mesure de se faire expertiser.

Cela étant, le recourant a produit en procédure un rapport du Dr J. \_\_\_\_\_, faisant état d'un PPPD en cours d'investigation. Si ce rapport a été produit postérieurement à la décision attaquée, il fait toutefois mention d'un suivi initié le 18 février 2021, et d'une atteinte sous forme de troubles sévères de l'équilibre persistant, existant depuis plus de cinq ans. Du reste, il ressort de la note d'entretien du 26 septembre 2018 entre l'OAI, l'assuré et les organisateurs de la mesure qu'il suivait alors, que « les vertiges sont encore très présents ». De même, la Dre F. \_\_\_\_\_ a relevé dans son rapport du 5 novembre 2018 que son patient présentait une « sensation de vertige ». Il ne s'agit dès lors pas d'un élément nouveau, dont il aurait été question pour la première fois au stade du recours. S'il est exact que le rapport du 30 juin 2021 du Dr B. \_\_\_\_\_ mentionne une otoscopie normale des deux côtés, et un audiogramme tonal également normal des deux côtés, singulièrement un examen otoneurologique clinique normal, sans évidence d'une pathologie

vestibulaire organique, ce spécialiste a toutefois indiqué que l'anamnèse était effectivement compatible avec un PPPD chez un patient avec antécédents d'hypersensibilité vestibulaire, anxiété et trouble du sommeil, dont on ignore quelles sont les répercussions sur la capacité de travail.

Dans la mesure où l'OAI devra compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, et dès lors que le Dr B. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail sur le plan ORL, l'OAI complétera l'expertise psychiatrique par un volet dans le domaine ORL, par soucis d'exhaustivité.

Il s'ensuit qu'ainsi, la cause sera renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, avec volets psychiatrique et ORL.

**6. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants 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 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** Le recourant voit sa conclusion subsidiaire admise, de sorte qu'il peut prétendre à une indemnité de dépens à la charge de l'intimé. Il convient de fixer cette indemnité à 2'500 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 24 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 C. \_\_\_\_\_ 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 Gilles-Antoine Hofstetter, à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :