

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 février 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Neu, juge, et Küng, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourant, représenté par Me Filip Banic, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 8 et 28 LAI

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971, ayant travaillé dans le domaine de la vente jusqu'en octobre 2016, notamment en tant que conseiller de vente, puis ayant bénéficié de prestations de l'assurance-chômage jusqu'à fin septembre 2017, a déposé, le 18 octobre 2017, une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en faisant état de troubles bipolaires existant depuis des années pour lesquels il était en traitement depuis octobre 2016.

Dans un rapport du 22 décembre 2017, le Dr M._____, médecin généraliste traitant de l'assuré depuis 2008, a indiqué qu'il l'avait vu le 4 octobre 2016 pour un état dépressif. Concernant la période antérieure, il a mentionné qu'il avait adressé l'assuré auprès d'un psychiatre en septembre 2010 car il présentait beaucoup de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et une humeur variable. Il l'avait revu par la suite pour quelques problèmes de médecine générale, et l'avait mis en arrêt de travail pour une semaine en octobre 2012 en raison d'une rupture sentimentale. Il a ajouté qu'en août 2014, l'assuré présentait un état anxieux et des insomnies et qu'il lui avait alors prescrit un arrêt de travail d'une semaine en lui proposant de prendre à nouveau contact avec un psychiatre.

Dans un rapport du 10 septembre 2018, les Drs G._____ et K._____, respectivement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin praticien au P._____, ont posé le diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques (F31.4). Ils ont précisé que l'assuré était suivi par eux depuis octobre 2016 et que ce trouble existait depuis plusieurs années selon les dires du patient. Ils étaient d'avis que dans l'activité de conseiller de vente, l'assuré présentait une incapacité de travail de 100 % depuis avril 2016. Comme limitations fonctionnelles, ils ont mentionné des angoisses, une instabilité psychique alternant entre hypomanie et dépression, des troubles cognitifs (hypermnésie), une agitation et un retrait. Le pronostic

était réservé et on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

Interpellé à nouveau par l'OAI, les médecins précités ont confirmé, le 15 octobre 2019, le diagnostic de trouble affectif bipolaire, dont l'épisode de dépression était alors moyen (F31.3). L'état de santé n'avait que peu évolué favorablement depuis le dernier rapport. L'augmentation du Seroquel à 400 mg avait permis de stabiliser les phases d'hypomanie, mais les rechutes dépressives persistaient, à raison d'une crise par mois qui durait une semaine et où l'assuré s'isolait, ne s'alimentait pas, ruminait et était envahi par des pensées noires. Du Lamictal avait été instauré progressivement en association avec le Seroquel, mais cette médication n'était pas optimale. La capacité de travail se situait entre 20 à 30 % dans l'activité habituelle. Des mesures de réadaptation étaient envisageables au taux de 30 à 40 % à partir de janvier 2020.

Dans un rapport du 25 mai 2020, les médecins du P. _____ ont mentionné un état clinique stationnaire depuis leur dernier rapport. Durant les phases dépressives, certains traits de personnalité, comme l'anxiété, le manque de confiance en soi et d'estime de soi, s'étaient toutefois intensifiés, malgré l'introduction d'un traitement thymo-régulateur. Ils étaient d'avis que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle et de 40 % dans une activité adaptée. Comme limitations fonctionnelles, ils ont évoqué une irritabilité, une exacerbation des angoisses, une intolérance au stress, ainsi qu'un trouble de la concentration et de la mémoire. Ils ont ajouté que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas de suivre des mesures de réinsertion professionnelle.

A la suite d'un avis du 23 juin 2020 du Dr W. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), préconisant une expertise psychiatrique, l'OAI a mandaté le Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a examiné

l'assuré le 2 octobre 2020, en présence de Mme C._____, psychocriminologue. Dans son rapport du 8 octobre 2020, l'expert a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de personnalité anankastique (F60.5) et d'épisode dépressif moyen en rémission partielle, étant actuellement passé à un degré léger (F32.1). Sans incidence sur la capacité de travail, il a retenu le diagnostic de troubles obsessionnels compulsifs avec comportement compulsif au premier plan (rituels obsessionnels) (F42.1). Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné une sensibilité au stress et à la pression, des difficultés dans la gestion des émotions, une perte de confiance en soi et une apparition périodique de phases de décompensation de son trouble dépressif. Il a conclu qu'au jour de l'expertise, la capacité de travail de l'assuré était entière dans l'activité habituelle de vendeur et dans toute activité correspondant à ses aptitudes. Pour la période antérieure, il a retenu une incapacité de travail totale de juin 2019 à décembre 2019, puis de 50 % de janvier 2020 jusqu'au jour de l'expertise. Il a ajouté que « pour réduire à zéro l'impact délétère des symptômes dépressifs résiduels et des plaintes subjectives d'incapacité de travail ou de crainte d'échec, l'octroi d'une mesure d'aide au placement pour un délai de 12 mois au maximum serait utile, envisageable et indiquée, de même sorte qu'une mesure d'allocation d'initiation au travail de 6 mois ».

Dans un avis du 3 novembre 2020, le Dr W.____ du SMR a estimé qu'il n'y avait pas de raisons de s'écarter des conclusions de l'expertise.

Dans un projet de décision du 13 janvier 2021, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité de 50 % du 1^{er} juin 2020 au 31 janvier 2021. Il a retenu que l'assuré avait présenté une période d'incapacité de travail depuis le 1^{er} juin 2019, qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année le 1^{er} juin 2020, l'incapacité de travail était de 50 % jusqu'au 2 octobre 2020, et qu'une capacité de travail de 100 % était raisonnablement exigible dans toute activité depuis le 3 octobre 2020. Depuis cette date, il ne présentait ainsi plus aucun préjudice économique ouvrant le droit à la rente, de sorte que l'octroi de

la demi-rente d'invalidité prenait fin le 31 janvier 2021, soit trois mois après la nouvelle amélioration de l'état de santé.

Dans un courrier du 12 février 2021, l'assuré, représenté par Me Filip Banic, s'est opposé à ce projet de décision, en concluant à l'octroi d'une rente complète d'invalidité à compter du 18 octobre 2017. Il a fait valoir qu'il avait subi une diminution considérable de son rendement déjà à partir du mois d'octobre 2017, et qu'il n'avait jamais retrouvé une capacité de travail. Le 31 mars 2021, il a complété son opposition en émettant des griefs à l'encontre de l'expertise du Dr S._____.

Dans un avis du 20 avril 2021, le Dr W._____ du SMR a estimé que l'assuré n'apportait pas d'éléments médicaux pouvant modifier sa précédente appréciation et a confirmé que la capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 % dès le jour de l'expertise d'un point de vue médico-théorique.

Le 21 avril 2021, l'OAI a transmis le dernier avis du SMR à l'assuré, en l'informant que sa contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position et qu'il recevrait prochainement une décision.

Par décision du 7 mai 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision d'octroi d'une demi-rente pour la période du 1^{er} juin 2020 au 31 janvier 2021.

B. Par acte de son mandataire du 7 juin 2021, D._____ a recouru auprès de la Cour des assurances du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière au-delà du 31 janvier 2021, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. En substance, il fait valoir que l'avis de l'expert n'est pas cohérent lorsqu'il retient une pleine capacité de travail au jour de l'expertise tout en

proposant de limiter les effets délétères de la symptomatologie dépressive en proposant une mesure d'aide au placement sur douze mois. Par ailleurs, en l'absence de mesure d'accompagnement mise en place par l'intimé, il présentera une décompensation psychique dans les prochaines semaines à dire d'expert, de sorte que l'intimé n'était pas fondé à mettre un terme aux prestations d'invalidité au 31 janvier 2021. Il conteste par ailleurs la valeur probante de l'expertise, en soutenant qu'il présente une maladie complexe qui est difficile d'apprécier en un seul entretien de 3 h 00, d'autant plus que l'expert ne s'est pas entretenu avec la Dre K._____. A l'appui de son recours, il a produit notamment une lettre du 4 juin 2021 (non signée) dans laquelle ce médecin se détermine sur le rapport d'expertise auquel elle n'adhère pas. La Dre K._____ a joint à sa lettre un courriel de l'assuré du 4 juin 2021 répondant à un questionnaire de trouble de l'humeur.

Dans sa réponse du 2 août 2021, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il se réfère à un avis du Dr W._____ du SMR du 7 juillet 2021 mentionnant que les éléments apportés par la Dre K._____, qui n'a pas de titre postgrade en psychiatrie, sont connus de longue date et ont été pris en compte par l'expert. Quant au questionnaire de repérage de trouble de l'humeur, auquel le recourant a répondu par courriel le 4 juin 2021, il ne peut être tiré aucune conclusion de cet auto-questionnaire subjectif sans valeur de diagnostic.

Dans sa réplique du 3 septembre 2021, le recourant a confirmé ses conclusions. Le 21 septembre 2021, il a encore produit un rapport du 16 septembre 2021 de la Dre K._____, dans lequel elle mentionne notamment que le recourant n'a bénéficié d'aucun soutien ni de mesure de réinsertion professionnelle de l'assurance-invalidité, et que cette situation de crise a aggravé son état psychique.

L'OAI n'a pas déposé de duplique.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité au-delà du 31 janvier 2021.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 7 mai 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. 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 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 (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).

c) Les règles et principes jurisprudentiels relatifs à la révision du droit à une rente d'invalidité, au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression ou la modification de cette rente, respectivement octroie une rente pour une durée limitée (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 8C_607/2015 du 3 février 2016 consid. 2). Aux termes de l'art. 17 LPGA, dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Dans ce contexte, lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) (Michel Valterio,

Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3068 et les références citées ; TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées).

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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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).

d) On ajoutera que lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TFA I 266/09 du 19 juin 2006 consid. 2). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 déjà cité et les références).

6. a) En l'espèce, il est constant que sur le plan somatique le recourant ne souffre pas d'atteinte à la santé entraînant une incapacité de travail. Il présente en revanche des troubles psychiques qui ont conduit l'intimé à lui reconnaître le droit à une demi-rente du 1^{er} juin 2020 au 31 janvier 2021. Se basant sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr S._____, l'intimé a retenu que le recourant avait présenté une capacité

de travail nulle du 1^{er} juin 2019 au 31 décembre 2019, qui s'était ensuite améliorée pour passer à 50 % dès le mois de janvier 2020, et que son état de santé avait connu une nouvelle amélioration lui permettant de recouvrer une pleine capacité de travail dès le 3 octobre 2020. Le recourant plaide pour sa part que l'intimé n'était pas fondé à mettre un terme aux prestations d'invalidité, en se prévalant de l'avis de sa médecin traitante.

b) Contrairement à ce que soutient le recourant, l'expertise du Dr S._____ remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante et ne saurait dès lors être écartée. L'expert a procédé à une étude circonstanciée du cas sur la base de l'ensemble du dossier médical qu'il a résumé, il a tenu compte des plaintes et déclarations du recourant qu'il a retranscrites de manière détaillée, et a dressé une anamnèse fouillée aussi bien sur le plan personnel que professionnel, social et médical. Il a en outre procédé à un examen de l'assuré et s'est prononcé de manière circonstanciée sur les diagnostics retenus et leurs éventuelles conséquences sur la capacité de travail. L'expertise comporte par ailleurs des conclusions claires et étayées.

c) L'expert a en particulier examiné la pertinence du diagnostic de trouble affectif bipolaire retenu par les médecins traitants du centre P._____, et a expliqué de manière motivée et convaincante pourquoi il écartait ce diagnostic, en relevant par ailleurs certaines incohérences dans les rapports médicaux des médecins traitants. Ces derniers indiquaient notamment que le trouble bipolaire existait depuis plusieurs années et qu'il était incapacitant, alors que le recourant avait fonctionné de manière tout à fait satisfaisante dans ses divers emplois jusqu'en 2016. A ce propos, l'expert relève qu'il est surprenant que malgré l'absence d'un traitement psychotrope et d'un suivi psychiatrique, le trouble bipolaire n'ait jamais nécessité d'hospitalisation. Par ailleurs, les rares arrêts de travail médicalement attestés par le médecin généraliste avaient duré une semaine au maximum et avaient été délivrés plutôt en raison de déceptions sentimentales. Il n'y avait en outre aucune trace

dans la vie du recourant d'achats compulsifs, de dettes, de sexualité débridée, ni d'autres comportements à risque typiques des phases hypomanes voire maniaques caractéristiques d'un trouble bipolaire. Les phases dépressives, hypomaniaques ou maniaques n'avaient au demeurant jamais entravé la capacité de travail du recourant, ni l'avaient empêché de travailler de manière ininterrompue de 1997 à fin 2017, avec de brèves périodes de chômage, ce qui n'était pas habituel chez les patients souffrant d'un trouble bipolaire, surtout si celui-ci n'était pas traité au niveau psychopharmacologique (rapport d'expertise, p. 16). Par ailleurs, les médecins traitants évoquaient des phases dépressives d'une semaine par mois, alors que pour poser un diagnostic d'épisode dépressif selon la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes), les phases dépressives devaient durer au moins deux semaines consécutives. La médication prescrite avec l'utilisation d'un neuroleptique sédatif (Seroquel®) et un stabilisateur de l'humeur (Lamotrigine®) utilisé habituellement pour la prévention des phases dépressives, introduite tardivement et avec un dosage plutôt bas, n'était pas compatible avec le diagnostic d'épisode dépressif sévère (rapport d'expertise, p. 17). L'expert a aussi relevé que la description des épisodes maniaques, hypomaniaques et dépressifs dans le dossier médical à disposition était lacunaire et discutable. Lors de l'entretien avec le recourant, une investigation fouillée de la diathèse bipolaire avait été effectuée et le recourant avait confirmé qu'à aucun moment de sa vie il ne semblait avoir présenté des signes ou des symptômes compatibles avec la description d'un épisode hypomane ou maniaque caractérisé, ni de graves variations thymiques d'une certaine durée compatibles avec ce diagnostic. Interrogé longuement à ce sujet, le recourant, qui était convaincu d'être bipolaire, semblait confondre les TOC dont il souffrait depuis plusieurs années avec le terme de « manie ». C'est ainsi qu'il se disait être maniaque depuis toujours car il avait une fixation avec l'ordre et la symétrie et faisait constamment des arrangements. Il semblait également confondre un épisode hypomane ou un épisode dépressif avec les variations thymiques de courtes durées dans la journée, qui étaient réactionnelles à l'environnement, par exemple à un échec, une frustration ou un compliment. Lorsque l'expert lui a expliqué les critères d'un épisode

maniaque et hypomaniaque selon la CIM-10, le recourant a nié avoir souffert d'un tel épisode. Selon l'expert, si les mouvements hyperthymiques n'avaient jamais été objectivés dans les consultations avec la Dre K. _____, il était fort probable que pour poser le diagnostic de trouble affectif bipolaire, cette dernière se soit plutôt basée sur les fausses convictions subjectives du recourant, sans en avoir vraiment effectué une anamnèse psychiatrique fouillée et approfondie (rapport d'expertise, p. 17 et 18).

d) En se basant sur les éléments contenus dans le dossier, sur ses propres observations et sur le récit anamnestique du recourant, l'expert a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen dont le l'apparition pouvait être datée du mois de juin 2019, en expliquant pourquoi il a considéré qu'il était en rémission. A ce propos, il a précisé que le recourant avait été capable de décrire la présence d'au moins un épisode dépressif de degré moyen, qui était devenu totalement incapacitant entre juin et décembre 2019, mais qui avait eu une bonne évolution entre janvier 2020 et l'été de la même année, pour être en rémission au jour de l'expertise, probablement grâce à la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée et à la prescription de Lamotrigine®. Le recourant déclarait en effet aller mieux depuis que ce traitement médicamenteux avait été instauré, mais aussi depuis qu'il avait déménagé dans le même quartier que ses parents au début de l'année 2020, ce qui lui avait permis de sortir de l'isolement volontaire dans lequel l'épisode dépressif l'avait jeté. L'expert a ainsi retenu que l'épisode dépressif était passé de moyen à léger en janvier 2020. Le jour de l'expertise, le recourant se montrait euthymique et sans anhédonie. Il n'y avait pas de manque du plaisir, de tristesse, d'idées noires, de sentiment d'échec ou de dévalorisation, ni de troubles de l'appétit, du sommeil ou de la libido, et la capacité de projection dans l'avenir était conservée. Il n'y avait pas de trouble du langage et les réponses étaient rapides, voire immédiates, bien élaborées et riches en détails avec parfois une tendance à l'humour. Il n'y avait pas non plus de repli sur soi ou de retrait social (rapport d'expertise, p. 14). L'expert n'a pas observé d'altération de la sphère cognitive, notamment l'attention, la concentration et la mémoire

étaient dans la norme. Il a observé toutefois la présence d'angoisses, d'une fatigabilité psychique et physique, qui étaient niées ou minimisées par le recourant, mais présente en témoignage d'une certaine fragilité résiduelle. Au vu en particulier du tableau clinique observé lors de l'expertise, qui était caractérisé par la présence de quelques items dépressifs insuffisants pour décrire un épisode dépressif franc, l'expert a retenu que l'épisode dépressif était en voie de résolution (rapport d'expertise, p. 15, 18 et 19).

Concernant les troubles obsessionnels compulsifs, l'expert a en particulier expliqué que ce trouble existait depuis longtemps avec un degré d'expression variable selon le contexte et selon le degré de stabilité ou de compensation du trouble de la personnalité anankastique comorbide. Le recourant évoquait la présence d'idées obsédantes et de rituels de vérification, qui n'avaient pas une intensité handicapante et avaient plutôt pour fonction d'apaiser ses angoisses anticipatoires. Il avait besoin de tout contrôler, de classer, de nettoyer, et que certains objets soient toujours au même endroit et respectent une certaine symétrie. Le recourant utilisait probablement ces rituels pour faire face à l'angoisse et aux sentiments de détresse vécus. Au jour de l'expertise, les TOC résultaient compensés. Le recourant indiquait que l'intensité des rituels obsessionnels s'était réduite depuis l'introduction de Seroquel® et ne lui prenaient plus que quelques minutes par jour, raison pour laquelle ce diagnostic a été inséré parmi les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail (rapport d'expertise, p. 14, 15, et 16).

L'expert a aussi exposé les raisons qui l'ont conduit à retenir le diagnostic de personnalité anankastique. Son appréciation diagnostique est motivée de manière très approfondie et il explique comment cette atteinte s'est révélée dans les différents moments de la vie du recourant. Il a en particulier expliqué que le manque de facultés d'adaptation caractérise les personnalités anankastiques décompensées et que ce manque est la cause d'une grande partie de leurs difficultés ainsi que de leur épuisement psychique. Par ailleurs, les TOC accompagnent souvent les personnalités anankastiques, le TOC étant un moyen de lutter contre

l'angoisse et d'avoir l'impression de contrôler son environnement. Dans le cas du recourant, on trouvait des obsessions de symétrie ; tout était rangé et ordonné chez lui à tel point qu'il lui était nécessaire de classer ses papiers tous les jours. Dans le cadre de son activité de vendeur, il avait pour habitude de trier des stocks, de réaménager les rayons et de ranger le moindre petit désordre provoqué par les clients. Ce fonctionnement semblait exister depuis l'enfance ; en effet, alors qu'il n'obtenait que des résultats dans la moyenne à l'école, il a reçu un prix de distinction pour son application et il a toujours ressenti le besoin d'accomplir à la perfection ses tâches. Le recourant avait aussi des compulsions de vérifications (contrôle des portes et des plaques de la cuisinière). Ces TOC étaient générés par la crainte de dangers extérieurs et reflétait une fragilité narcissique. Le recourant n'était notamment pas à l'aise au sein d'un groupe car il craignait le jugement ou la désapprobation. La fragilité narcissique s'objectivait aussi par sa tendance à mettre en évidence ses réussites, les compliments reçus de ses employeurs, et la plus-value apportée dans une entreprise. Par ailleurs, il supportait mal la taquinerie car il était compliqué pour lui de faire de l'auto-dérision, se sentant agressé si une plaisanterie était faite sur lui. L'assuré n'avait pas confiance dans sa capacité de réalisation et pour lui le travail était la manière la plus importante de se réaliser. Il éprouvait un important besoin d'être performant et espérait atteindre la perfection. Dans le cadre de son activité de vendeur, le service à la clientèle lui permettait d'avoir un rôle bien défini à l'égard de l'autre et cela l'aidait à trouver sa place au sein de la relation et de se sentir valorisé. Le travail a toujours été sa manière à lui de garantir un équilibre narcissique ; à chaque vente conclue et à chaque client satisfait cela mettait du baume sur sa fragilité narcissique (rapport d'expertise, p. 27). L'expert a aussi relevé qu'outre la fragilité narcissique, le recourant avait un fonctionnement cognitif qui le conduisait à penser que tout ce qui se passait dans son travail allait déterminer sa propre efficacité ou qualité de travail. Ainsi, tout ce qui se passait sur son lieu de travail qui n'était pas conforme à ce qui aurait dû être fait mettait en danger son équilibre narcissique et entraînait un besoin excessif de contrôler son environnement. C'est au sein de ce fonctionnement que s'inscrivait le TOC, qui permettait ainsi de lutter contre l'angoisse. Lorsque

cela n'était pas possible, lorsque par exemple trop de clients à la fois désorganisaient les rayons, quand il n'avait pas su convaincre un seul client de la journée à acheter, ou qu'il n'avait pas eu le temps de gérer le stock, l'angoisse prenait le dessus. Les variations entre une haute satisfaction de ses performances (vente, rangement, satisfaction du client) et l'impossibilité parfois de réaliser les choses comme il le souhaitait entraînaient des changements au niveau de l'humeur. C'est pour cela qu'il pouvait être perçu comme étant instable au niveau de l'humeur. Le recourant avait tout de même de bonnes ressources puisqu'il parvenait systématiquement à se compenser à nouveau et à être productif sans s'épuiser. Les incapacités de travail passées avaient été de courtes durées et étaient intervenues car le recourant était fragilisé par une déception amoureuse. Lorsqu'il s'est retrouvé sans emploi et qu'il a reçu une succession de réponses négatives, en sus d'être confronté à des déceptions amoureuses depuis des années, il a fini par décompenser sur le mode dépressif en l'absence de travail le valorisant et lui permettant de pallier sa fragilité narcissique (rapport d'expertise, p. 28).

e) L'expert a par ailleurs déterminé le degré de gravité de l'atteinte à la santé et la capacité de travail du recourant, en examinant consciencieusement les ressources, les bienfaits du traitement médical, les plaintes, et l'anamnèse. Il a en particulier relevé que le recourant ne présentait pas de trouble cognitif majeur, qu'il était doté d'un bon niveau d'intelligence et ne présentait aucun trouble de la concentration ou de la mémoire. Il était parfaitement capable de s'adapter à des règles ; c'est même lui qui pouvait les créer tant il avait besoin de cadre. La capacité de planification et de structuration des tâches était présente, le recourant ayant besoin de planifier et de structurer ses tâches afin de ne pas être angoissé et de fonctionner. Le recourant n'avait par ailleurs aucune difficulté à mobiliser ses connaissances. Sa capacité de jugement et de prise de décision était légèrement réduite du fait qu'il pouvait se sentir concerné par tout ce qui l'entourait. Le recourant était capable d'endurance. Malgré son besoin de perfection, il semblait avoir suffisamment de ressources pour ne pas s'épuiser. La flexibilité et les capacités d'adaptation étaient en revanche légèrement diminuées, dans la

mesure où le recourant avait besoin que son travail soit organisé comme il le souhaitait et il pouvait être envahi par le stress et devenir irritable si cela n'était pas le cas. Concernant la capacité de s'affirmer, l'expert a relevé que le recourant préférait éviter la confrontation car le désaccord pouvait générer de l'angoisse. Le sens du contact envers des tiers pouvait être légèrement perturbé, le recourant pouvant manquer de courtoisie et être envahi par des idées obsédantes lorsqu'il était contrarié. Le recourant était capable de fonctionner en groupe dans le cadre professionnel et le fait d'avoir un rôle défini l'aidait à évoluer au sein d'une communauté. Le recourant était légèrement limité dans ses activités sociales en raison surtout du fait qu'il avait honte de ne pas avoir une occupation et se sentait aux marges de la société, ce qui était vécu de manière humiliante pour quelqu'un qui a toujours travaillé à 100 % et qui, à travers le travail, a réussi à dépasser les difficultés relationnelles liées à son trouble de la personnalité. Il gardait cependant de bons contacts avec ses parents, fréquentait parfois des femmes, et voyait aussi quelques amis ou connaissances. L'expert a aussi noté que le recourant était autonome et montrait une certaine capacité fonctionnelle, comme l'attestait le fait qu'il s'occupait de son ménage, de l'entretien de sa maison, qu'il prenait soin de sa personne, qu'il avait gardé quelques loisirs et qu'il pouvait donner des soins à ses parents âgés. L'expert a encore constaté que le recourant présentait un discours crédible et qu'il ne semblait pas y avoir de magnification des symptômes ou une intentionnalité de simulation ou de dissimulation. L'expert a enfin relevé que le recourant avait bien investi le suivi thérapeutique et que le traitement médicamenteux s'était révélé efficace, avec un effet bénéfique sur la symptomatologie dépressive et une diminution de l'impact du trouble obsessionnel compulsif. Selon lui, on pouvait s'attendre à une amélioration ou à une meilleure stabilité en poursuivant ce suivi jusqu'à la stabilisation complète. Il a ajouté qu'un retour dans le monde du travail contribuerait davantage à la stabilisation du tableau clinique, qu'une augmentation de la fréquence des séances de psychothérapie (rapport d'expertise, p. 29, 31, 33 et 34).

L'expert a expliqué les raisons l'ayant conduit à conclure à une pleine capacité de travail au jour de l'expertise et à retenir différents taux

d'incapacité de travail pour la période antérieure. Il a expliqué comment le recourant avait fini par décompenser sur un mode dépressif moyen ayant entraîné une incapacité de travail totale à compter du mois de juin 2019. Par la suite, l'épisode dépressif est passé de moyen à léger en janvier 2020, compatible avec une capacité de travail de 50 %. Au jour de l'expertise, le trouble anankastique n'était plus décompensé et l'épisode dépressif était en voie de résolution, de sorte qu'ils n'avaient plus d'incidence sur la capacité de travail du recourant qui était alors entière.

f) Aucun élément du dossier n'est de nature à mettre en doute les conclusions de l'expertise. Dans son rapport médical du 4 juin 2021, la Dre K. _____ confirme son opinion divergente relative au diagnostic sans toutefois documenter avec des éléments nouveaux ni étayer d'éléments objectifs son appréciation déjà longuement examinée par l'expert.

Dans son nouveau rapport médical du 16 septembre 2021, la médecin traitante signale une aggravation de l'état de santé du recourant à la suite de la réception de la décision de suppression de rente. Il s'agit de faits postérieurs à la décision litigieuse, qui ne peuvent pas être pris en considération (ATF 121 V 366 consid. 1b). Par ailleurs, une décompensation passagère après réception d'une décision de l'OAI ne permet pas la reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante d'autant plus qu'elle résulte d'un facteur non médical étranger à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a). Ce nouveau rapport médical ne pose pas d'éléments concrets permettant de revenir sur les diagnostics et sur l'appréciation de la capacité de travail retenus par l'expert.

Ensuite, contrairement à ce que soutient le recourant, le fait qu'il présente « une maladie complexe qui est difficile d'apprécier en un seul entretien » et que l'expert ne s'est pas entretenu avec la Dre K. _____ ne sont pas des éléments de nature à mettre en doute la valeur probante de l'expertise, d'autant plus que l'expert a procédé à son analyse en pleine connaissance du dossier et en prenant en considération les rapports de la médecin traitante sur lesquels il s'est déterminé spécifiquement.

Enfin, l'expert ne se contredit pas lorsqu'il conclut de manière étayée à une pleine capacité de travail, tout en suggérant un accompagnement de l'intimé pour aider le recourant dans une reprise du travail pour tenir compte de la plainte subjective de celui-ci de ne plus être capable d'utiliser ses acquis et des symptômes dépressifs résiduels bien que ces éléments ne constituent pas un obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle. L'aide au placement est une assistance qui peut être proposée afin de favoriser la réintégration des assurés dans le monde du travail et que le recourant pourra le cas échéant solliciter par écrit auprès de l'intimé. Il part du principe qu'en l'absence d'une telle mesure, il s'effondrera psychiquement. On peut en déduire qu'en l'état il ne fait valoir aucune nouvelle décompensation.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, sans qu'il y ait lieu de compléter l'instruction, comme le requiert le recourant, par la mise en œuvre d'une expertise médicale. En effet, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

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 du recourant, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 7 mai 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de D._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Filip Banic (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :

