

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 février 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Métral, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 29 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28, 29 LAI

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a obtenu un CFC de ferblantier en [...]. Il a ensuite suivi un apprentissage de couvreur durant deux ans qui n'a pas abouti à la délivrance d'un certificat, avant de travailler comme intérimaire pour le compte de V._____.

Le 23 novembre 2015, alors qu'il travaillait sur un toit, l'assuré a chuté et s'est sectionné les tendons de plusieurs doigts de la main gauche en se rattrapant sur une plaque de cuivre. Il en a résulté une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 21 février 2016, puis de 75 % jusqu'au 12 avril 2016. L'assurance-accidents a clos son dossier en juillet 2016, l'assuré ayant indiqué que le traitement médical s'était terminé le 1^{er} juillet 2016 et qu'il n'était plus gêné par les douleurs résiduelles et le manque de force à sa main gauche, étant précisé qu'il est droitier.

L'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 25 avril 2017, motivée par une anxiété généralisée survenue en avril 2016, en lien avec son accident.

Le 19 mai 2017, un extrait du compte individuel AVS de l'assuré a été versé au dossier.

Dans un rapport du 29 juin 2017, la Dre J._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'eczéma de contact allergique aux chaussures de sécurité (p-tert-Buthylphénol/résine d'aldéhyde formique) et d'eczéma dyshidrosique dans un contexte d'atopie d'hyperhidrose. Il en résultait que l'assuré ne devait plus porter de chaussures de sécurité comportant l'allergène ou, à défaut, devait porter des chaussettes spéciales. D'un point de vue dermatologique, une capacité de travail de 100 % existait dans une activité ne comportant pas de forte sollicitation cutanée et en milieu sec, sans contact avec l'allergène connu.

Un entretien de détection précoce a eu lieu le 22 septembre 2017 puis l'OAI a mis en œuvre une mesure de réentraînement et de réorientation auprès de la Fondation D._____. Celle-ci a débuté le 16 octobre 2017, à raison de deux matinées par semaine.

La G._____ a adressé un rapport à l'OAI le 5 décembre 2017, posant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'anxiété généralisée (F41.1) et de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue mais avec une consommation diminuée et contrôlée (F10.25) et de syndrome de dépendance au cannabis, utilisation épisodique à but anxiolytique (F12.26). Précisant que l'assuré leur avait été adressé pour évaluation diagnostique et propositions d'attitudes thérapeutiques par la psychologue du [...] qui le suivait depuis août 2016, les thérapeutes de la G._____ signalaient que le traitement ambulatoire avait été repris dès septembre 2017 par la psychologue-psychothérapeute F._____. Ils n'avaient délivré aucune incapacité de travail dès lors que le patient était sans activité, mais concluaient que l'activité habituelle n'était plus exigible, le rendement étant « fortement réduit ». Ils ne se prononçaient pas sur l'exigibilité d'une activité adaptée, celle-ci dépendant de l'effet des mesures thérapeutiques et de la réponse au traitement. Une reconversion professionnelle paraissait indiquée. Dans l'annexe psychiatrique au rapport, les thérapeutes de la G._____ ont mentionné des difficultés dans plusieurs domaines (difficultés relationnelles ressenties par le sujet ; dans la gestion des émotions avec une capacité très réduite de gestion du stress et de l'anxiété ; liées aux tâches administratives ; pour maintenir l'hygiène personnelle ; d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne ; dans les déplacements ; dans l'organisation du temps), une hypersensibilité au stress, l'apparition périodique de phases de décompensation, ainsi que des limitations dans sa capacité de concentration/attention, d'organisation/planification et d'adaptation au changement. Ainsi, il n'était plus possible pour l'assuré d'exercer des activités en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels, les activités exigeant une grande autonomie, les activités

impliquant du stress, une adaptation permanente ou des tâches complexes. Étaient en outre possibles de manière fluctuante les activités exigeant de l'endurance, de la précision ou de la rapidité.

Le 12 janvier 2018, la Fondation D._____ a signalé à l'OAI que l'assuré était extrêmement angoissé, ce qui occasionnait de nombreuses absences. Lors du bilan intermédiaire effectué le 19 janvier 2018, le responsable de la Fondation D._____ a exposé que la mesure était restée « à un niveau occupationnel », non pas par manque de volonté de l'assuré mais en raison de son niveau d'angoisse « extrêmement élevé ». L'assuré a déclaré qu'il continuait son suivi psychiatrique, à la recherche des origines de ses angoisses, que ces angoisses n'avaient pas diminué depuis qu'il était abstinent et qu'il avait arrêté les anxiolytiques en raison d'effets secondaires insupportables. Le stage, prévu pour débuter le 19 janvier 2018, a été remplacé par un suivi d'orientation professionnelle.

Dans un rapport du 26 février 2018, la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue F._____ ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'anxiété généralisée, F41.1, de trouble mixte de la personnalité (traits anxieux, dépendants, borderline), F60.8, de dépendance à l'alcool, utilisation continue actuellement mieux contrôlée, F 10.25, et de dépendance au cannabis, utilisation continue, F12.25. Elles attestaient d'une incapacité de travail complète dans l'activité de ferblantier d'octobre 2015 à mars 2016 et dès mai 2016. Cette activité n'était en outre plus exigible. S'agissant des possibilités de réinsertion, elles mentionnaient qu'elles étaient souhaitables, mais que cela « nécessitera[it] beaucoup de temps » et devrait être progressif. Une amélioration de la capacité de travail de 50 % au maximum serait possible, dans un délai non évaluable. Elles ajoutaient qu'il « serait regrettable » de ne pas accompagner leur patient vers une réinsertion, au risque de le pousser vers une chronicité de ses troubles. Dans l'annexe psychiatrique, les thérapeutes mentionnaient des difficultés dans plusieurs domaines (difficultés relationnelles ressenties par le sujet ; dans la gestion des émotions, avec la précision que tout stimulus était

potentiellement anxiogène ; liées aux tâches administratives ; pour maintenir l'hygiène personnelle ; d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne, notamment dans le ménage et la lessive ; dans le maintien du rythme diurne/nocturne ; dans l'organisation du temps ; dans la reconnaissance de la maladie ; dans la gestion du traitement), une hypersensibilité au stress, l'apparition périodique de phases de décompensation, ainsi que des limitations dans sa capacité de concentration/attention, d'organisation/planification et d'adaptation au changement ainsi que dans ses capacités mnésiques. De ce fait, il n'était plus possible pour l'assuré d'exercer des activités en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels, des activités exigeant une grande autonomie, des activités impliquant du stress ou une adaptation permanente. Etaient en outre possibles de manière fluctuante les activités exigeant de l'endurance, de la rapidité ou des tâches complexes.

Par communication du 23 avril 2018, l'OAI a octroyé une mesure d'entraînement progressif dans le secteur informatique auprès de la Fondation D._____, du 22 avril au 21 juillet 2018. Il a en outre confié le suivi de l'assuré à une psychologue de l'OAI.

Par communication du 29 mai 2018, l'OAI a informé l'assuré de l'interruption de la mesure d'entraînement progressif et du fait qu'aucune autre mesure de réinsertion n'était possible pour le moment. L'interruption de la mesure a été décidée au cours d'un entretien de réseau auquel l'assuré a participé ainsi que sa psychologue, organisé après signalement par la Fondation D._____ que l'intéressé ne se présentait plus depuis environ trois semaines malgré un cadre très élargi.

Dans un rapport du 10 avril 2019, la Dre N._____ et la psychologue F._____ ont exposé qu'il y avait eu une « longue période de blocage sur tous les plans avec un patient très démotivé et évitant », mais qu'une occasion se présentait pour lui de participer à des travaux de réfections de la toiture dans la maison de leurs parents avec l'entreprise de ferblanterie mandatée par ceux-ci, en tant que stagiaire non rémunéré

sans obligation de rendement, l'entreprise étant par ailleurs disposée à poursuivre avec un stage de réadaptation en collaboration avec l'OAI.

Dans un avis médical du 12 juillet 2019, le Service médical régional de l'OAI (SMR) a relevé que, sur le plan somatique, l'assuré présentait une capacité de travail complète dans les activités respectant les limitations fonctionnelles suivantes : « pas de forte sollicitation cutanée (frottement ou port de gant prolongé), pas d'activité exposant à des irritants cutanés de manière répétée, pas d'activité en contact avec l'allergène connu - c'est-à-dire notamment qu'il faut s'assurer que les chaussures de sécurité utilisées sur les chantiers ne contiennent pas l'allergène ou à défaut que l'assuré puisse porter des chaussettes en textile barrière ». Sur le plan psychique, il n'était pas possible en l'état de se prononcer sur la capacité de travail exigible, car l'anxiété généralisée était susceptible de s'améliorer sous traitement. Cependant, au vu de l'atteinte psychique actuelle de l'assuré et de sa consommation de toxiques, il fallait éviter toute activité en hauteur ou sur des toits.

L'assuré ayant indiqué lors d'un entretien avec l'OAI du 19 juin 2019 qu'il se sentait prêt à suivre de nouvelles mesures puisqu'il avait réussi à maintenir un rythme de travail adéquat durant le stage chez ses parents, une mesure d'accompagnement auprès d'U._____ a été octroyée par l'OAI, devant durer du 15 juillet au 31 décembre 2019. Dans ce cadre, l'assuré a débuté un stage en entreprise en tant que ferblantier à 40 %, prévu pour durer du 17 septembre au 10 octobre 2019. L'intéressé a montré de la motivation, demandant même à pouvoir remonter sur les toits, de sorte que le stage a été prolongé jusqu'au 31 décembre 2019. Il a toutefois cessé de s'y rendre dès le milieu du mois d'octobre 2019, en raison d'une augmentation des manifestations somatiques de son anxiété. Selon le rapport de fin de mesure établi le 7 janvier 2020 par U._____, l'assuré n'était pas prêt à intégrer le premier marché du travail, devant encore stabiliser son taux d'activité à 40 % « dans un contexte de réinsertion bienveillant et sans enjeu ».

Dans un rapport du 23 avril 2020, la Dre M._____, médecin généraliste traitante de l'assuré depuis août 2017, a posé les diagnostics de dépression anxieuse persistante, F341, et d'eczéma atopique et a évalué sa capacité de travail à « peut-être 50 % ».

La 28 avril 2020, la Dre J._____ a indiqué qu'elle n'avait plus revu l'assuré depuis le 20 juin 2017.

Le 28 mai 2020, répondant aux questions complémentaires que leur a adressées le SMR, la Dre N._____ et la psychologue F._____ ont posé les diagnostics de trouble anxieux phobique avec symptômes neurovégétatifs F 40.8 et de personnalité anxieuse, en précisant que les difficultés professionnelles de leur patient n'étaient pas liées à ses consommations d'alcool ou de stupéfiants. L'incapacité de travail était de 100 % et les limitations fonctionnelles importantes en lien avec son trouble anxieux sévère, en raison d'un « lot impressionnant de symptômes physiques et invalidants tels vomissements, diarrhées, sudations très importantes, allergies épidermiques, etc, ce qui l'empêchent de quitter le domicile ». La capacité de travail était de 0 % depuis 2016 tant dans l'activité habituelle de ferblantier que dans une activité adaptée. Les thérapeutes concluaient comme suit :

« 11. Autres remarques :

Nous sommes dans une impasse.

Avec le recul, il nous est difficile de déterminer quel impact l'événement privé que M. H._____ a vécu (et qui a été très stressant) a eu sur sa possibilité de mener à bien le stage, qui avait pourtant bien commencé.

Nous avons également observé les fortes résistances de ce patient qui semble mal supporter les compliments ou les encouragements. Toute amélioration étant suivie d'un sabotage dès le moment où l'extérieur lui en fait part. Il en est conscient, et cela le fait souffrir.

Nous pensons qu'un entretien auprès d'un médecin de l'AI pourrait être utile et apporter un autre regard sur une situation à haut risque de chronification.

Cependant, à l'heure actuelle, M. H._____ ne semble pas avoir les ressources pour mener à bien une réinsertion. »

A la demande du SMR, une expertise psychiatrique a été mise en œuvre. Dans leur rapport du 16 novembre 2020, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue [...] n'ont retenu aucun diagnostic ayant répercussion sur la capacité de travail. En revanche, ils ont posé plusieurs diagnostics sans effet sur la capacité de travail, en les commentant comme suit :

- « F33.0 Troubles dépressifs récurrents légers depuis juillet 2016 au présent, sans indices de gravité de jurisprudence remplis.
- F40.0 Agoraphobie avec F40.1 Phobie sociale légère, car elles n'empêchent pas la gestion du quotidien, les sorties seul ou avec son meilleur ami.
- F41.0 Troubles paniques avec attaques de panique hebdomadaires et rarement quotidiens depuis juillet 2016 au présent.
Les indices jurisprudentiels de gravité ne sont pas remplis lorsqu'on prend en compte les troubles dépressifs récurrents avec les troubles paniques.
- F61 Trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante, actuellement non décompensé. Ce trouble n'a pas empêché l'assuré à se former, à faire le service civil, ni à gérer son quotidien sans limitations, ni à travailler dans le passé sans limitations.
- F19.2 Dépendance primaire à plusieurs substances (cannabis utilisation continue et alcool utilisation épisodique), depuis le début de l'âge adulte.

Les experts ont relevé que les dépendances avaient « précédé l'éclosion des troubles anxieux et dépressifs actuels » et que les symptômes anxieux et dépressifs étaient plus intenses lors de consommation d'alcool ou de cannabis. Les limitations fonctionnelles n'étaient « pas cliniquement significatives et objectivables au moment de l'expertise et elles n'avaient pas évolué significativement au cours des dernières années. Il s'agissait de labilité émotionnelle, impulsivité, intolérance à la frustration, isolation sociale partielle et troubles paniques et d'agoraphobie légers. S'agissant des indices de gravité, après les avoir passés en revue, les experts ont conclu que « les indices jurisprudentiels de gravité de la jurisprudence (...) pour un trouble dépressif léger avec un trouble de la personnalité mixte, troubles paniques avec dépendance éthylique et au cannabis ne sont pas remplis depuis juillet 2016 au présent, dans l'absence de limitations fonctionnelles psychiatriques

significatives objectivables selon la journée type. Ainsi, la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était de 100 %, sans baisse de rendement, mais pouvant évoluer vers une incapacité totale en cas d'épisode dépressif sévère, lequel était « probable en cas d'absence de soutien pour une réadaptation professionnelle et sans sevrage ». La capacité de travail était également de 100 % dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré, sans baisse de rendement, depuis juillet 2016, étant précisé que le dernier emploi était adapté, et sans réduction de la performance.

Dans son rapport du 28 janvier 2021, se fondant sur l'expertise psychiatrique, le SMR a retenu une incapacité de travail de 100 % de novembre 2015 à avril 2016, puis de 0 % dès mai 2016, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant : pas de forte sollicitation cutanée (frottement ou port de gant prolongé), pas d'activité exposant à des irritants cutanés de manière répétée, possibilité de disposer de chaussures de sécurité adaptées ou de chaussettes en textile barrière. Le SMR concluait comme suit :

« Conclusion : Jeune assuré ayant présenté une atteinte traumatique de sa main non dominante ayant justifié une période d'[incapacité de travail] totale et ayant évolué de manière favorable. Il présente également une atteinte cutanée pour laquelle des limitations fonctionnelles durables sont justifiées. Ces atteintes sont manifestement stables et n'empêchent pas de réaliser une activité professionnelle à plein temps. D'un point de vue psychiatrique, l'expertise a permis de confirmer la présence de plusieurs atteintes à la santé. Malgré une appréciation de la [capacité de travail] retenue par l'expert et le psychiatre traitant très différente, et bien que le pronostic reste ouvert, l'expertise tend à démontrer que les atteintes en question n'ont pas des répercussions uniformes dans tous les domaines de la vie de l'assuré, et qu'elles ne permettent pas d'expliquer l'échec des mesures ainsi qu'une diminution significative et durable de la [capacité de travail] dans toute activité. Une baisse de rendement et/ou des périodes d'[incapacité de travail] totale pourraient manifestement se justifier, mais l'intensité et la description des atteintes ne nous permet pas de retenir une [incapacité de travail] totale et durable en toute activité. Une intensification du traitement semble par contre et jusqu'à preuve du contraire pouvoir améliorer la situation. En l'état, nous n'avons pas de raison de nous écarter des conclusions de l'expertise. »

Le 8 février 2021, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, motivé comme suit :

« Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis novembre 2015.

Selon nos informations, votre état de santé a évolué favorablement vous permettant de recouvrer une pleine capacité de travail dans toute activité et ce, depuis mai 2016. Des mesures professionnelles ne sont donc pas nécessaires.

De plus, la durée de votre incapacité de travail étant inférieure à une année, le droit à la rente n'est pas ouvert. »

L'assuré s'est opposé à ce projet de décision le 26 février 2021, en faisant valoir que toutes ses tentatives pour reprendre une activité professionnelle s'étaient soldées par un échec en raison de son état psychologique, renvoyant aux rapports établis par ses thérapeutes.

Par courrier du 1^{er} mars 2021, la Dre N._____ et la psychologue F._____ ont soutenu la démarche de leur patient. Ayant pris connaissance du rapport d'expertise, elles ont relevé que les difficultés rencontrées par leur patient lors des mesures octroyées par l'OAI auprès de la Fondation D._____ puis d'U._____ n'avaient pas suffisamment été prises en compte, de même que les symptômes anxieux, et qu'elles étaient en désaccord avec la conclusion des experts relative à la consommation d'alcool et de cannabis, étant précisé que cette consommation était actuellement contrôlée. Elles se disaient néanmoins d'accord avec les experts quant à la réévaluation du traitement médicamenteux et indiquaient qu'un traitement antidépresseur avait été introduit.

Dans son avis du 12 mai 2021, le SMR a conclu que les éléments présentés dans le contexte de l'audition ne permettaient pas de remettre en cause l'instruction médicale, et notamment l'appréciation psychiatrique de l'expert.

Par décision du 17 mai 2021, reprenant la motivation présentée dans son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations de

l'assuré. Dans un courrier du même jour, il a précisé que le rapport des thérapeutes de l'assuré avait été soumis au SMR, lequel n'avait discerné aucun élément susceptible de remettre en cause l'expertise psychiatrique.

B. Le 16 juin 2021, H._____ a adressé un recours à l'OAI, qui l'a transmis le 21 juin 2021 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence. Invité par la juge instructrice à rectifier son recours en y apposant sa signature, le recourant s'est exécuté le 26 juin 2021. En substance, reprenant l'argumentation de son opposition, il a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour compléter l'instruction et prendre une nouvelle décision.

Par réponse du 21 septembre 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision. Seréférant à l'avis du SMR du 12 mai 2021, il a relevé que les rapports médicaux des psychothérapeutes du recourant avait été pris en compte, mais qu'ils ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique.

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). Selon l'art. 39 al. 2 LPGA, en corrélation avec l'art. 60 al. 2 LPGA, lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé.

b) En l'occurrence, le recours est réputé déposé en temps utile auprès de l'intimé, qui l'a transmis d'office au tribunal de céans compétent (art. 30 LPGA et 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Respectant par

ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) 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 17 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).

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

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie,

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

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

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

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement

exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

6. a) En l'espèce, en se référant aux conclusions de ses psychothérapeutes, le recourant soutient qu'il souffre d'une atteinte invalidante sur le plan psychiatrique. Ce faisant, il admet que, sur le plan physique, les blessures subies lors de son accident professionnel en 2015 ainsi que les allergies dont il souffre n'ont aucun impact sur sa capacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, les rapports des différents thérapeutes consultés par le recourant font état d'une grande anxiété apparue peu après son accident professionnel, à l'idée de remonter sur les toits. Cette anxiété s'était ensuite généralisée dans le contexte d'un trouble mixte de la personnalité et de consommation de psychotropes. La Dre N. _____ et la psychologue F. _____ attestent que la capacité de travail du recourant est nulle dans toute activité professionnelle. Alors qu'elles estimaient en février 2018 que, dans une activité adaptée et sous réserve d'un accompagnement très progressif à la réinsertion, leur patient pourrait reprendre une activité à 50 % au plus, tel n'était plus le cas en 2020, eu égard à l'échec des mesures mises en place entretemps. Se fondant sur une expertise psychiatrique ainsi que sur l'avis du SMR, l'intimé a retenu l'absence de caractère invalidant des atteintes psychiatriques dont souffre le recourant. En effet, les experts ont certes confirmé les diagnostics posés par les psychothérapeutes consultés par le recourant, mais ont réfuté tout impact de ces atteintes sur la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle, sous réserve de l'éventuelle apparition d'un épisode dépressif sévère.

Le rapport d'expertise comporte une anamnèse détaillée, incluant les plaintes du recourant, l'ensemble de son dossier médical, ainsi que les constats effectués par les experts eux-mêmes lors d'un examen clinique complet. Sur cette base, ceux-ci ont établi leurs diagnostics, en les étayant. Par ailleurs, leur appréciation de la capacité de travail est fondée sur les ressources résiduelles déployées au quotidien par le recourant. En effet, le degré d'invalidité ne se définit pas sur le seul diagnostic. Il s'agit de procéder selon le processus décrit dans la

jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiatriques. Ainsi, une fois le diagnostic posé, le psychiatre doit évaluer le degré de gravité fonctionnelle en pondérant les déficits et les ressources, en déterminant la cohérence des plaintes de l'assurée et son comportement dans ses différentes activités et en excluant les facteurs contextuels non médicaux qui empêchent l'assuré de reprendre une activité professionnelle. Ce dernier point revient à analyser le contexte social et le Tribunal fédéral souligne à cet égard, 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, telles que le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). Tel est bien le cas en l'occurrence, puisque les experts se sont efforcés de reconstituer, sur la base des déclarations du recourant, le déroulement d'une journée-type, les loisirs et l'ensemble des activités que l'intéressé déploie habituellement. Ils ont en outre motivé les conclusions qu'ils en ont tiré en lien avec sa capacité de travail. Cette expertise remplit ainsi tous les réquisits de la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue.

b) Les psychothérapeutes du recourant ont pris connaissance de l'expertise et ont fait part de leur désaccord avec les conclusions de celle-ci. Elles ont en particulier fait valoir que le trouble anxieux est plus important que ce que les experts ont retenu et que les dépendances sont secondaires, sans toutefois étayer cet avis. Or, les experts ont pour leur part indiqué pour quels motifs ils retenaient que les dépendances étaient primaires, relevant en particulier qu'elles étaient apparues avant les troubles anxieux et dépressifs, que ceux-ci étaient plus intenses lors de consommation d'alcool ou de cannabis et que l'échec des mesures de réadaptation pouvaient être mis en relation avec un absentéisme directement lié aux consommations. Ils ont en outre relevé que le recourant expliquait ne plus pouvoir travailler en tant que ferblantier dans un contexte de démotivation, d'attaques de panique, avec un moral plutôt bas et le besoin de plus de temps pour récupérer après les abus d'alcool,

mais qu'il exprimait par ailleurs clairement un contexte d'« avantages secondaires » qui devait être mis de côté, en l'occurrence, la difficulté à retrouver un emploi après une longue pause professionnelle, la démotivation dans un contexte de déconditionnement et le besoin de temps pour jouer aux jeux vidéo, surfer sur internet ou jardiner.

Quant à l'importance du trouble anxieux, les psychothérapeutes du recourant critiquent le résultat de l'expertise sans toutefois mentionner d'éléments qui n'auraient pas été dûment pris en compte ni en s'étayant sur leurs propres constats. Cependant, les experts ont analysé la gravité de l'ensemble des troubles diagnostiqués selon leur incidence sur tous les domaines de la vie. Cette analyse les a amenés à constater l'absence de limitation fonctionnelle dans la gestion par le recourant de son quotidien, que ce soit au niveau de ses relations avec les tiers, certes restreintes mais existantes, de l'exécution des courses et des tâches ménagères, de l'entretien de son logement, de la gestion de ses finances et de l'administratif ou encore de l'organisation de ses loisirs. Ils ont constaté que l'assuré a des hobbies, qu'il se promène quotidiennement à l'extérieur, qu'il entretient des relations sociales avec ses parents et son meilleur ami, qu'il a pu établir un contact avec l'entreprise qui lui a proposé un stage de ferblantier dans la maison de ses parents, qu'il n'est pas ralenti ni ne manque de concentration lorsqu'il joue à des jeux vidéo, qu'il consulte internet notamment pour regarder des documentaires. Les experts ont également relevé que la prise en charge psychiatrique consistait en une séance avec la psychiatre tous les deux mois, un suivi hebdomadaire avec la psychologue et un traitement médicamenteux léger, ce qui ne dénotait pas d'une gravité particulière des troubles.

c) Les critiques émises par les psychothérapeutes consultées par le recourant ont été soumises au SMR, qui a constaté l'absence d'élément susceptible de remettre en doute l'appréciation des experts et qu'au contraire, les thérapeutes ont exposé que les consommations de substances psychoactives étaient contrôlées, ce qui tendait à démontrer que l'assuré présentait bien des ressources dans ce domaine. Le SMR a en

outre relevé que la psychiatre traitante rejoignait l'appréciation de l'expert psychiatre concernant la réévaluation du traitement médicamenteux et avait prescrit un antidépresseur, ce qui n'avait pas été réalisé précédemment. A cet égard, les experts ont constaté que les troubles dépressifs étaient stationnaires depuis juillet 2016 sans traitement psychotrope et que le trouble de la personnalité n'était pas décompensé, mais que le pronostic d'une reprise professionnelle était moyen dans un contexte de déconditionnement avec prise de cannabis et d'alcool et avec un désir de réinsertion professionnelle ambivalent. Ce pronostic était cependant favorable en cas de sevrage et les experts ont par conséquent préconisé un suivi psychiatrique « abordant l'exigibilité d'un sevrage au cannabis et alcool », en précisant qu'un traitement antidépresseur permettrait « d'accélérer le processus de guérison et diminuer le risque d'aggravation ». Dans son rapport du 28 janvier 2021, le SMR a pris acte de ces remarques des experts et en a déduit qu'une baisse de rendement et/ou des périodes d'incapacité de travail totale pourraient manifestement se justifier chez le recourant, mais qu'il n'était pas possible de retenir une incapacité de travail totale et durable en toute activité, alors qu'une intensification du traitement semblait « par contre et jusqu'à preuve du contraire pouvoir améliorer la situation ». Or, dans leur rapport du 1^{er} mars 2021, les thérapeutes du recourant n'ont proposé aucune anamnèse actuelle de leur patient, mis à part le fait que sa consommation de substance psychoactives soit désormais contrôlée. Elles n'opposent pas d'argument allant à l'encontre du lien établi par les experts entre les échecs de réinsertion de l'assuré et la reprise de ses consommations, respectivement entre ses consommations et l'apparition de crises d'angoisse, ne mentionnant en particulier pas de nouvelles crises d'angoisses depuis le début du sevrage. Elles ont par ailleurs suivi la recommandation des experts relative à l'introduction d'un antidépresseur et n'ont pas contesté le pronostic favorable posé par ceux-ci en cas de sevrage et de compliance au traitement médicamenteux. Enfin, elles n'ont pas réfuté les constats relatifs aux ressources du recourant et avantages secondaires déterminés par les experts sur la base de la description faite par l'intéressé de sa vie quotidienne, et qui fondent leurs conclusions.

Ainsi, à l'instar du SMR, il y a lieu de constater que, contrairement aux experts, les thérapeutes du recourant ont rédigé leur rapport du 1^{er} mars 2021 sans avoir procédé à un examen global de leur patient tenant compte de tous les domaines de la vie. Dans le contexte d'une relation thérapeutique durant depuis plusieurs années, leurs conclusions pourraient en outre être influencées par leur empathie pour leur jeune patient. Dans ces conditions, ce rapport ne dispose pas d'une valeur probante suffisante pour remettre en cause les conclusions de l'expertise psychiatrique (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) Il ressort de ce qui précède qu'aucun élément au dossier ne vient contredire de manière objective les observations et conclusions de l'expertise quant à la capacité de travail du recourant sur le plan psychique. Ce constat a pour corollaire qu'aucune atteinte invalidante ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité ne peut être retenue.

7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 17 mai 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge du recourant.

- 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 :

- H. _____,
- 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 :