

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 décembre 2022

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Peter, assesseur  
Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

X. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap, à Bienne,  
et

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

---

**Art. 8 et 17 LPGA ; art. 8 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1974, père de quatre enfants nés en 2004, 2007, 2011 et 2013, arrivé en Suisse en 2008 comme réfugié, a déposé le 14 juillet 2015 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 problèmes de dos.

Dans un rapport du 21 juillet 2015, les Drs S.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, respectivement médecin chef et médecin assistante au service de rhumatologie de V.\_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic de canal lombaire étroit d'origine mixte avec sténose de grade C, précisant qu'une imagerie par résonance magnétique lombaire montrait une protrusion discale L4-L5 et des troubles dégénératifs. Comme antécédents, ils ont mentionné une fistule anale opérée en juillet 2012 et un déficit en vitamine D supplémenté. L'assuré présentait une claudication neurogène et se plaignait de douleurs depuis trois ans, qui étaient en péjoration progressive, avec irradiation au niveau des deux membres inférieurs et signalait aussi une perte de sensibilité dans les deux jambes sans perte de force associée. Une infiltration du hiatus sacré par scopie effectuée le 2 avril 2015 avait permis une nette amélioration des douleurs, l'assuré ne rapportant plus de réveils nocturnes et le périmètre de marche étant augmenté à 500 mètres. L'éventualité d'une opération avait été évoquée mais refusée par l'assuré.

Le 31 juillet 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de canal lombaire étroit d'origine mixte. Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné un trouble dépressif et un déficit en vitamine D. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 25 juillet 2011 dans l'ancienne activité exercée, précisant que l'assuré était capable de travailler dans un domaine ne demandant pas beaucoup de marche, de mouvements de flexion/extension répétitifs du dos, ni le port de charges supérieures à 15 kg.

Dans un rapport du 8 décembre 2015, le Dr S.\_\_\_\_\_, et la Dre Q.\_\_\_\_\_, médecin assistante, au service de rhumatologie de V.\_\_\_\_\_, ont mentionné, comme limitations fonctionnelles, une claudication neurogène après une position debout de plus de 10 minutes et un périmètre de marche limité à 200 mètres. Ils ont ajouté que l'assuré ne pouvait pas faire des activités exclusivement en position debout ou exercées principalement en marchant et ont fait état de limitations pour les activités en position assise et accroupie, pour le port de charges, pour les mouvements de rotation en position debout et pour monter sur des échelles et échafaudages. Ils étaient d'avis que les restrictions physiques pourraient être réduites par des mesures médicales, mais l'assuré refusait pour l'instant des infiltrations et un avis neuro-chirurgical.

Se déterminant sur le dossier le 26 juillet 2016, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé que la capacité de travail était entière depuis toujours dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire ou semi-sédentaire, principalement en position assise, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur une échelle, sans travail à genou ou en station accroupie, sans position du tronc en porte-à-faux, sans flexions/rotations répétées du tronc.

Dans un projet de décision du 11 octobre 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations au motif que son degré d'invalidité n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité ni à des mesures professionnelles.

Par décision du 12 décembre 2016, entrée en force, l'OAI a confirmé le refus d'allouer des mesures professionnelles et une rente d'invalidité.

**b)** Le 17 janvier 2018, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité, sur laquelle l'OAI a

refusé d'entrer en matière, par décision du 19 mars 2019, au motif qu'il n'avait pas fourni d'éléments médicaux permettant de constater que sa situation s'était notablement modifiée depuis la dernière décision.

**c)** L'assuré a déposé une troisième demande de prestations, le 3 septembre 2019, en faisant état de troubles psychiques existant depuis 2013, sous la forme d'une atteinte à type de stress chronique (association entre un syndrome de stress post-traumatique et réaction dépressive prolongée) et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques.

Dans un rapport du 29 novembre 2019 à l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à Y.\_\_\_\_\_, a posé les diagnostics d'anxiété généralisée d'intensité sévère (F41.1), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0). Il a précisé que l'assuré avait été orienté à la consultation psychothérapeutique pour migrant de Y.\_\_\_\_\_ en début 2013 pour des troubles du sommeil associés à une irritabilité importante et à une intolérance au bruit et à la lumière, ces troubles du sommeil s'accompagnant de cauchemars fréquents avec réveil en sursaut et insomnie après le réveil. Un premier épisode dépressif avait alors été évoqué. En 2017, la symptomatologie anxieuse s'était exacerbée, et l'assuré avait développé une irritabilité importante le rendant intolérant à toute sollicitation par son réseau social et à toute relation interpersonnelle hors du cadre familial. Des hallucinations hypnagogiques étaient également apparues et il y avait aussi des manifestations physiques de stress fréquentes, comme des palpitations et des troubles cognitifs (mémoire, concentration et attention). Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné des douleurs, une asthénie, une fatigabilité accrue, des troubles cognitifs, un stress et une anxiété. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a estimé que l'incapacité de travail était de 100 % dans toute activité depuis 2013, relevant que l'assuré n'avait jamais travaillé depuis son arrivée en Suisse.

Il a notamment transmis à l'OAI un rapport du 12 octobre 2016 du Prof. P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et de Mme W.\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP, à la clinique K.\_\_\_\_\_, qui ont procédé à un examen neuropsychologique de l'assuré qui se plaignait de troubles mnésiques importants, de céphalées, de fatigue, de baisse de la concentration et de lombalgies. Le Prof. P.\_\_\_\_\_ a relevé que l'examen mettait en évidence uniquement un ralentissement à une épreuve de rendement visuo-graphique, ainsi que des discrètes difficultés aux praxies constructives et en programmation visuo-graphique, lesquelles étaient compatibles avec le niveau d'acquisition scolaire. Le traitement des nombres, des gnosies visuelles, la mémoire immédiate et antérograde ainsi que les fonctions exécutives se situaient globalement dans les limites de la norme, compte tenu de l'âge et du niveau de scolarisation. En comparaison avec l'examen précédent effectué en 2016, il notait la normalisation de l'empan visuo-spatial, le reste de l'examen étant globalement superposable, mis à part quelques fluctuations. Il a rappelé que le status neurologique était sans particularité hormis un ralentissement moteur global. Le profil neuropsychologique, le status neurologique et les données évolutives n'étaient pas évocateurs d'une pathologie dégénérative. Les plaintes de l'assuré semblaient toujours à interpréter dans le cadre d'une symptomatologie anxio-dépressive.

Interpellé par l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué, le 7 avril 2020, que d'un point de vue somatique, la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : soulever/porter ou pousser de façon répétitive ou fréquente des charges dépassant 7 kg, marcher longtemps, effectuer des mouvements répétitifs avec les membres inférieurs (par exemple actionner des pédales), monter fréquemment des escaliers et rester debout plusieurs heures.

Sur questions complémentaires de l'OAI, le Dr C.\_\_\_\_\_ a précisé, le 9 juin 2020, que le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail était le trouble d'anxiété généralisée d'intensité sévère. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné des problèmes

de concentration, de mémorisation et d'exécution des tâches, l'assuré oscillant entre inhibition comportementale et hyperactivation stérile, ainsi que des difficultés à gérer les émotions (frustration) et le bruit (enfants qui s'agitent ou font du bruit).

Le 12 août 2020, la Dre Z. \_\_\_\_\_ de la Consultation de gastro-entérologie et hépatologie de V. \_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'assuré était suivi depuis 2016 pour une œsophagite à éosinophiles, précisant qu'il souffrait aussi d'une tuberculose active depuis mai 2020 et d'un canal lombaire étroit. Elle a ajouté que la question de l'incapacité de travail n'était pas liée à la problématique gastroentérologique, mais rhumatologique.

Dans un rapport du 15 septembre 2020, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de probables céphalées de tension et de canal lombaire étroit et rétréci, précisant que d'un point de vue strictement neurologique la capacité de travail était entière.

Le 5 octobre 2020, la Dre D. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe à l'Unité de pneumologie de l'hôpital L. \_\_\_\_\_, a fait état d'une évolution lentement favorable de la tuberculose pulmonaire active.

Se déterminant le 4 novembre 2020 sur le dossier, la Dre J. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a préconisé une expertise pluridisciplinaire en psychiatrie, rhumatologie et médecine interne, estimant en particulier que les limitations fonctionnelles d'ordre psychique rapportées par le psychiatre traitant n'étaient pas assez étayées et restaient subjectives.

L'OAI a fait réaliser une expertise pluridisciplinaire, qui a été confiée à T. \_\_\_\_\_, et réalisée par les Drs R. \_\_\_\_\_, médecin praticien, U. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et N. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine physique et réhabilitation. Les examens cliniques et les entretiens avec les experts ont eu lieu en présence d'un interprète professionnel. Les experts ont par ailleurs

recueilli des pièces médicales complémentaires, notamment un rapport du 14 mars 2021 du Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie. Dans leur rapport d'expertise du 16 avril 2021, les experts ont posé les diagnostics suivants :

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

1. Canal lombaire étroit d'origine mixte engendrant une sténose de grade C avec protrusion discale focale en L4-L5, diagnostiqué depuis 2014

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

1. Trouble statique avec petite scoliose entraînant une bascule à droite du bassin de 1.5 cm
2. Status après cure d'hallux valgus gauche pour métatarsalgies
3. Status après cure percutanée d'un hyper-appui du 5<sup>ème</sup> métatarse avec déformation des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> orteils
4. HTA [hypertension artérielle] limite pouvant être à l'origine des céphalées
5. Déconditionnement physique avec IMC [indice de masse corporelle] normal
6. Statut post tuberculose pulmonaire active cavitaire traitée en 2020
7. Statut post fistule anale, lésion nodulaire fistulaire péri-anale droite chronique, sans signe de malignité à l'histologie opérée en 2012
8. Déficit en vitamine D substitué, diagnostiqué en 2012
9. Œsophagite à éosinophiles, diagnostiquée en 2016 »

Dans leur appréciation consensuelle, les experts ont conclu que sous réserve d'une période d'incapacité de travail, soit du 28 avril au 21 mai 2020 à 100 %, puis du 22 mai 2020 au 11 février 2021 à 50 %, due à la tuberculose, la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir alterner les positions assise et debout, limiter le port de charges à 10 kg près du corps, limiter la marche en terrain instable, en particulier en descente, et éviter les activités demandant une posture forcée en porte-à-faux qui surcharge le rachis dans sa totalité ainsi que les activités demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages ou des échelles.

Dans un avis du 7 juin 2021, la Dre J. \_\_\_\_\_ s'est ralliée aux conclusions de l'expertise de T. \_\_\_\_\_.

Dans un projet de décision du 22 juin 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Il a retenu qu'hormis une période d'incapacité de travail dans toute activité de 100 % entre le 28 avril 2020 et le 21 mai 2020 et de 50 % du 22 mai 2020 au 11 février 2021, une pleine capacité de travail était exigible de lui dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par les experts de T.\_\_\_\_\_. Il a par ailleurs fixé le degré d'invalidité à 5 %, après comparaison d'un revenu hypothétique sans invalidité de 66'296 fr. 85 réalisable dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services à un revenu d'invalidité de 63'296 fr. 85 fixé également sur la base des données salariales statistiques, après abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles.

L'assuré a manifesté son opposition à ce projet de décision par courrier du 5 juillet 2021.

Dans un rapport du 23 août 2021, le Dr C.\_\_\_\_\_ a émis des griefs à l'encontre de l'expertise de T.\_\_\_\_\_. Il a évoqué la présence d'un trouble de personnalité de type schizoïde (F60.1), précisant que l'assuré présentait depuis le début de l'âge adulte les critères suivants : un détachement et désintérêt général pour les relations sociales et une expression limitée des émotions dans les interactions personnelles, qui correspondaient au fonctionnement du patient et se confortaient aussi aux exigences culturelles et éducatives du milieu dans lequel il s'était développé. Le Dr C.\_\_\_\_\_ a maintenu son appréciation sur l'incapacité de travail de 100 %, précisant qu'elle était présente depuis l'arrivée de l'assuré en Suisse.

Dans un avis du 30 août 2021, la Dre J.\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que le psychiatre traitant n'amenait pas d'éléments psychiatriques objectifs nouveaux et a maintenu sa position du 7 juin 2021.

Par décision du 31 août 2021, l'OAI a confirmé le refus d'octroyer des mesures professionnelles et une rente d'invalidité.

**B.** Par acte du 29 septembre 2021, X.\_\_\_\_\_, représenté par Procap, a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a émis des griefs à l'encontre de l'expertise de T.\_\_\_\_\_ dont il conteste la valeur probante. Il a aussi critiqué l'abattement de 5 % opéré par l'intimé sur le revenu d'invalidé, estimant qu'il devrait être de 20 % au vu de ses troubles à la santé, de ses connaissances limitées dans la langue française, de ses problèmes cognitifs et de son absence prolongée du marché du travail.

L'OAI a proposé le rejet du recours dans sa réponse du 1<sup>er</sup> novembre 2021.

Dans sa réplique du 2 décembre 2021, le recourant a modifié ses conclusions, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Se référant à un rapport du 22 octobre 2021 du Dr C.\_\_\_\_\_ et à des tests Mini CIF-APP et SCID-II effectués par ce médecin qu'il a produits avec son écriture, il soutient qu'il présente un trouble de la personnalité de type schizoïde entraînant une incapacité de travail durable et irréversible auquel s'ajoutent des traits de personnalité paranoïaques et schizotypes.

Dupliquant le 6 janvier 2022, l'intimé a maintenu sa position, faisant valoir que le nouveau diagnostic posé par le psychiatre traitant, postérieur à l'expertise, n'était corroboré par aucun élément objectif et qu'il était peu probable de se trouver devant un trouble psychique décompensé au vu du descriptif d'une journée type du recourant et de la fréquence de son suivi médical (une fois par mois). Il a joint à son envoi un avis du 20 décembre 2021 de la Dre J.\_\_\_\_\_ du SMR se déterminant sur les pièces produites par le recourant et recommandant la réalisation d'une nouvelle expertise mono-disciplinaire en psychiatrie en vue de déterminer notamment l'existence d'un trouble de la personnalité.

Dans une détermination du 28 janvier 2022, le recourant a fait valoir qu'une expertise psychiatrique portant sur le seule question d'un trouble de la personnalité ne suffirait pas, estimant qu'une expertise pluridisciplinaire comportant des volets psychiatrique, rhumatologique et neuropsychologique était nécessaire au vu des griefs soulevés dans son acte de recours mais aussi également en raison des autres diagnostics psychiatriques pertinents, notamment un trouble somatoforme, qui n'auraient pas valablement été écartés par les experts de T.\_\_\_\_\_.

L'intimé a maintenu sa position dans une détermination du 21 février 2022.

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa troisième demande de prestations.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> 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 31 août 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)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

**d)** 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 exigée 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 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

**e)** 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).

**f)** En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**5.** Le recourant met en cause la valeur probante de l'expertise de T. \_\_\_\_\_ sur laquelle s'est basé l'intimé pour rendre la décision litigieuse.

**a) aa)** Sur le plan de la médecine interne, aucune atteinte durablement incapacitante n'a été retenue par les experts. A l'examen clinique, il était retrouvé un déconditionnement physique, associé à un indice de masse corporelle normal, et les examens cardio-vasculaire, pulmonaire et neurologique étaient dans la norme. La tension artérielle limite, observée à 140/80, pouvait expliquer les céphalées dites de tension présentées par le recourant. D'un point de vue médico-théorique, ces céphalées n'étaient pas incapacitantes. La dysphonie et l'hyperacousie dont se plaignait le recourant n'étaient pas observées lors de l'expertise et l'examen d'oto-rhino-laryngologie était dans les normes, l'expert estimant que la dysphonie était probablement en rapport avec l'œsophagite à éosinophiles qui faisait l'objet d'un traitement par corticoïde. Le recourant signalait aussi des yeux rouges et douloureux, ce qui n'était pas constaté lors de l'expertise, l'acuité visuelle étant par ailleurs normale et le champ visuel non amputé lors de l'examen clinique. L'asthénie évoquée n'était pas à mettre en rapport avec la pathologie pulmonaire qui était en rémission complète, mais plutôt en rapport avec les troubles du sommeil rapportés par le recourant. Le status post tuberculose pulmonaire active cavitaire était ainsi retenu comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail. L'expert a par ailleurs mentionné que le score d'Epworth de 10/24 permettait d'écarter raisonnablement une suspicion de syndrome d'apnée du sommeil (rapport d'expertise, p. 15, 20 et 21). D'un point de vue de la médecine interne, le recourant présentait une pleine capacité de travail dans toute activité, sans aucune limitation fonctionnelle, sauf entre le 28 avril 2020 et le 11 février 2021. L'expert a estimé que durant cette période le recourant avait présenté une incapacité de travail totale entre le 28 avril et le 21 mai 2020 en raison de la tuberculose qui avait nécessité une hospitalisation et l'instauration d'un traitement tuberculeux, puis de 50 % (taux d'activité de 100 % avec une diminution de rendement de 50 % induite par l'asthénie provoquée par la maladie) jusqu'au 11 février 2021, la capacité de travail étant à nouveau entière dès le 12 février 2021, soit trois mois après la fin du traitement pour la tuberculose (rapport d'expertise, p. 22).

Les appréciations et conclusions qui précèdent ne sont pas contredites par les autres éléments du dossier, qui ne rapportent aucune incapacité de travail liée à une atteinte somatique autre que le trouble lombaire.

**bb)** Sur le plan rhumatologique, le diagnostic de canal lombaire étroit d'origine mixte a été retenu avec incidence sur la capacité de travail, ce trouble engendrant une sténose de grade C avec protrusion discale focale en L4-L5 et une claudication neurogène. Sans effet sur la capacité de travail, l'expert a retenu les diagnostics de trouble statique avec petite scoliose entraînant une bascule à droite du bassin de 1.5 cm, un status après cure d'hallux valgus gauche pour métatarsalgies et un status après cure percutanée d'un hyper-appui du 5<sup>e</sup> métatarse avec déformation des 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> orteils. Pour le surplus, l'examen ostéo-articulaire et neurologique était sans particularité, il n'y avait aucun critère en faveur d'un rhumatisme inflammatoire et l'expert a également relevé l'absence d'éléments en faveur d'une fibromyalgie (rapport d'expertise, p. 51 à 53). Il a conclu que la capacité de travail demeurerait entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise et debout, limite de port de charges à 10 kg près du corps, limiter la marche en terrain instable, en particulier en descente, éviter les activités demandant une posture forcée en porte-à-faux qui surcharge le rachis dans sa totalité, et éviter les activités demandant une sécurité augmentée sur des échafaudages et échelles. Cette appréciation n'est pas contredite par les autres éléments du dossier. En effet, les médecins de V.\_\_\_\_\_ ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail et le médecin traitant a quant à lui admis que la capacité de travail de son patient était entière dans une activité adaptée.

**cc)** Contrairement à ce que soutient que le recourant, les problèmes digestifs n'ont pas été « ignorés » dans l'expertise. Cette problématique a au contraire été analysée et discutée par l'expert de T.\_\_\_\_\_, qui a notamment relevé que le recourant ne présentait plus de symptômes sur le plan digestif, ni de diarrhée ou de reflux (rapport d'expertise, p. 15). A l'examen clinique, il était par ailleurs observé que

l'abdomen était souple et dépressible dans son ensemble, sans défense ni contracture, que les bruits hydro-aériques étaient perçus, que les orifices herniaires et les fosses lombaires étaient libres, que les muqueuses n'étaient pas ictériques, et qu'il n'y avait pas de souffle vasculaire abdominal, ni d'organomégalie palpée. Il était toutefois conseillé au recourant de diminuer sa consommation d'alcool, qui s'élevait à un à deux verres par jour selon ses dires (rapport d'expertise, p. 19 et 20). Par ailleurs, l'œsophagite à éosinophiles, diagnostiquée en 2016, a été prise en compte par l'expert, qui l'a retenue comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail (rapport d'expertise, p. 20). A noter qu'aucun élément au dossier ne permet de mettre en doute cette appréciation. En particulier, la Dre Z. \_\_\_\_\_ de la Consultation de gastro-entérologie et hépatologie de V. \_\_\_\_\_ avait relevé en 2020 que l'œsophagite à éosinophiles était en rémission clinique et histologique, seul un contrôle endoscopique à une année étant proposé, et que l'incapacité de travail n'était pas liée à la problématique gastroentérologique (cf. son rapport du 27 juillet 2020 joint au rapport d'expertise et son rapport du 12 août 2020).

On peine aussi à suivre le recourant lorsqu'il affirme que les experts n'auraient pas tenu compte de ses plaintes. Les indications spontanées qu'il a données à ce sujet ont pourtant été retranscrites dans le rapport d'expertise (cf. en particulier p. 14 pour le volet de médecine interne, p. 44 et 46 pour le volet rhumatologique, et p. 28 pour le volet psychiatrique) et ses plaintes ont été prises en compte par les experts dans leur analyse.

Par ailleurs, aucun élément ne permet de corroborer l'affirmation du recourant selon laquelle des données fausses auraient été communiquées aux experts par un interprète qui n'aurait pas suffisamment maîtrisé la langue du recourant (tigrigna) et qui aurait un intérêt à déformer les propos du recourant en raison de son origine. Le recourant ne formule du reste aucun argument concret et spécifique lié à la personne de l'interprète qui ferait douter de ses compétences professionnelles ou de son impartialité. Comme exemple d'informations

erronées qui auraient été données par l'interprète, il cite le récit « totalement absurde » que ses maux de tête s'expliqueraient par « l'histoire du voisin qui lui aurait donné un coup de bâton ». Or c'est pourtant cet événement que le recourant a relaté également à son psychiatre traitant et au Dr O.\_\_\_\_\_ pour expliquer l'apparition de ses céphalées (cf. note manuscrite du Dr C.\_\_\_\_\_ jointe au rapport d'expertise et rapport du 14 mars 2021 du Dr O.\_\_\_\_\_).

Le recourant soutient aussi que les experts se contredisent entre eux quant à l'inobservance médicamenteuse. Or le rapport d'expertise mentionne expressément que les réponses dans les anamnèses pouvaient différer entre chaque expertise spécialisée en raison des déclarations différentes tenues par l'expertisé (rapport d'expertise, p. 8).

Enfin, il y a lieu de constater que les experts ont pris connaissance de l'ensemble des pièces du dossier et ont même tenu compte des tous derniers éléments, qui ont été joints au rapport d'expertise, lesquels ne font au demeurant pas état d'éléments nouveaux.

En conclusion, rien au dossier ne permet de s'écarter des conclusions étayées et convaincantes des experts de T.\_\_\_\_\_ selon lesquelles le recourant présente depuis toujours, sur le plan somatique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sous réserve d'une période d'incapacité de travail temporaire entre le 28 avril 2020 et le 11 février 2021 en lien avec la tuberculose.

**b) aa)** Sur le plan psychiatrique, aucun trouble n'a été retenu par l'expert psychiatre de T.\_\_\_\_\_, qui a ainsi conclu à une pleine capacité de travail. Il a notamment observé que lors de l'examen, l'humeur était neutre, le débit verbal normal, que la mimique et la gestuelle étaient expressives, adaptées et très présentes et que les réponses étaient claires, cohérentes et argumentées. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur, de tristesse, ni de symptômes physiques en faveur d'une anxiété, en particulier pas de trouble neurovégétatif

observable. Il n'était pas non plus retrouvé de trouble de la concentration ou de l'attention. Il n'y avait pas de trouble de la mémoire cliniquement décelable. Le recourant expliquait qu'il n'avait jamais pleuré, ni n'avait jamais eu d'idée suicidaire, mais se sentait triste car il n'avait pas d'ami. Les critères d'un épisode dépressif ou d'une dysthymie n'étaient pas réunis selon l'expert et il en allait de même des critères d'une anxiété généralisée. En particulier, le recourant ne rapportait pas de sentiment permanent de nervosité, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, de palpitations, d'étourdissements, ni de gêne gastrique. Il ne se faisait pas de souci en s'attendant à des malheurs divers. Il rapportait simplement de l'irritabilité et des troubles du sommeil. Concernant les angoisses, il expliquait que dans les phases parahypniques, il entendait le bruit d'une canette qui s'ouvrait, se sentait parfois étouffer et avait l'impression d'appeler son épouse à l'aide sans toutefois articuler. L'expert psychiatre a également conclu que les critères en faveur d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe n'étaient pas non plus présents. Le recourant ne rapportait notamment aucun symptôme en faveur d'un état de stress post-traumatique, ni flashback, ni cauchemars en lien avec un événement stressant majeur. Il ne rapportait aucune conduite d'évitement et ne décrivait aucune situation qui pourrait réveiller des souvenirs traumatisants. Il n'y avait notamment aucun symptôme en faveur d'une hyperactivité neurovégétative. Il n'était pas constaté d'état d'hypervigilance ou de qui-vive, d'attitude de style méfiante, ni de détachement. L'expert a par ailleurs relevé qu'aucun facteur de stress catastrophique auquel le recourant aurait été exposé n'avait été rapporté par l'expertisé, ni n'était retrouvé à l'anamnèse, le recourant signalant comme seul événement traumatisant un coup de bâton reçu lors d'une bagarre avec un voisin. L'expert a aussi relevé que la compliance au traitement antidépresseur et anxiolytique était pratiquement absente, selon les déclarations du recourant qui déclarait ne prendre que rarement les traitements psychotropes prescrits, ce qui était peu cohérent avec une problématique d'anxiété généralisée et de troubles dépressifs récurrents évoqués par le psychiatre traitant. Il a aussi observé que si en novembre 2019 le Dr C. \_\_\_\_\_ avait posé les diagnostics d'anxiété généralisée

d'intensité sévère, de trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques, et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, seul le diagnostic de trouble d'anxiété généralisée d'intensité sévère était retenu par la suite dans son rapport du 9 juin 2020 (rapport d'expertise, p. 34 à 36). Par ailleurs, le psychiatre traitant relevait que la compliance était bonne, ce qui n'était pas le cas selon les déclarations du recourant lors de l'expertise (rapport d'expertise, p. 36). L'expert a examiné les ressources du recourant et relevé d'autres incohérences, notamment entre les plaintes concernant les importants troubles du sommeil (il signalait ne pas pouvoir dormir plus de deux heures d'affilée) et sa description d'une journée type, qui d'ailleurs ne mettait en évidence aucune limitation d'ordre psychique. En effet, le recourant fait une promenade de plus d'une heure avant le réveil des enfants, il aide ensuite pour le petit-déjeuner et les emmène à l'école, puis s'occupe de son administratif, regarde la télévision ou sort s'il doit faire des courses ou se rendre à des rendez-vous. Il part chercher les enfants à l'école à 11h30 pour le repas de midi qui est pris en famille, et il les ramène à nouveau à l'école, puis s'occupe l'après-midi en allant dans les magasins, à la Poste ou à la déchetterie, puis va chercher les enfants à l'école. Il fait également des promenades en fin de journée et regarde la télévision avec ses enfants après le souper. Il aide aussi à faire le lit et s'occupe de jeter les poubelles et il a déclaré à l'expert rhumatologue ne pas être limité dans l'entretien du foyer (rapport d'expertise, p. 17, 32 et 48).

**bb)** Le recourant soutient que le rapport d'expertise serait dépourvu d'informations essentielles sur ses expériences traumatisantes, sans préciser quelles informations feraient défaut dans le rapport d'expertise, lequel évoque pourtant le vécu du recourant dans le cadre du conflit armé dans son pays d'origine (notamment en pages 5, 30 et 47).

Il prétend aussi que l'expert psychiatre semble remettre en question ce qu'avait retenu le Secrétariat d'Etat aux migrations (anciennement Office fédéral des migrations). Ce reproche non étayé, et

au demeurant non confirmé par les pièces du dossier, doit également être écarté.

Son affirmation selon laquelle l'expertise psychiatrique n'aurait duré que trente minutes ne résulte pas des éléments du dossier. Quoi qu'il en soit, la durée de l'examen clinique pratiqué par un expert n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (TF 9C\_76/2014 du 8 avril 2014 consid. 5 et les références).

Le recourant se prévaut du rapport du 12 août 2018 du Prof. P.\_\_\_\_\_ pour alléguer qu'il présente des difficultés cognitives ayant un lien avec une pathologie psychiatrique et qui auraient été minimisées par l'expert psychiatre de T.\_\_\_\_\_. L'expert a examiné les difficultés cognitives alléguées par le recourant et a du reste relevé des incohérences entre celles-ci, d'une part, et l'anamnèse et ses propres constatations, d'une part. Ses conclusions ont été prises en tenant compte non seulement des plaintes du recourant, mais aussi des éléments objectifs ressortant des pièces versées au dossier et de ses propres observations lors de l'examen du recourant, sans que rien ne laisse transparaître que des troubles cognitifs auraient été minimisés comme le soutient le recourant. Du reste, l'examen pratiqué par le Prof. P.\_\_\_\_\_ s'est révélé rassurant et n'a mis en évidence aucune atteinte neurologique permettant d'expliquer les plaintes émises par le recourant. Le Dr B.\_\_\_\_\_, qui a examiné le recourant ultérieurement, a lui aussi exclu tout trouble neurologique.

**cc)** En définitive, les moyens soulevés par le recourant pour contester la valeur probante de l'expertise psychiatrique de T.\_\_\_\_\_ sont infondés. Sur la base des éléments du dossier au moment où l'expertise a été rédigée, il ne peut être fait grief à l'expert psychiatre d'avoir omis des éléments pertinents. Toutefois, le SMR, par avis du 20 décembre 2021, admet, au vu du rapport du psychiatre traitant produit en procédure de recours le 2 décembre 2021, que le volet psychiatrique de l'expertise du 16 avril 2021 ne s'était pas suffisamment prononcé sur la présence voire l'absence de trouble de la personnalité en général, et

recommande la réalisation d'une nouvelle expertise monodisciplinaire en psychiatrie pour éclaircir ce point. Si les juristes de l'intimé ont observé que le nouveau diagnostic posé par le psychiatre traitant n'était corroboré par aucun élément objectif et qu'il paraissait peu probable de se trouver devant un trouble psychotique décompensé au vu des constatations des experts de T. \_\_\_\_\_, il y a lieu d'admettre que nous sommes en présence d'un cas limite qui nécessite une nouvelle expertise psychiatrique compte tenu de l'avis du SMR du 20 décembre 2021 et du doute dont il est question.

**6. a)** Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA, pour qu'il en complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision.

**b)** Dès lors que la cause doit être retournée à l'intimé pour complément d'instruction, il n'y a pas lieu d'examiner les autres arguments du recourant relatifs à l'abattement.

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à l'OAI 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 600 fr. et de les mettre à charge de l'office intimé, vu l'issue du litige.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié qui a produit une liste des opérations le 20 juillet 2022, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux

honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), dans la mesure fixée par le tribunal et dont le montant doit être déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. En l'occurrence, il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**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 31 août 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- 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 une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à X.\_\_\_\_\_ 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 :

- Procap (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 :