

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 avril 2024

Composition : M. PARRONE, président
Mmes Berberat et Pasche, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourant, représenté par Me Véronique Fontana,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le [...]. D'origine albanaise, il a vécu en Serbie. Il est établi en Suisse depuis [...]. Il est naturalisé suisse depuis dix ans environ. Son épouse est d'origine albanaise. Elle souffre de sclérose en plaques et est bénéficiaire des prestations de l'assurance-invalidité. Le couple a deux enfants nés en [...] et [...].

L'assuré a une formation dans le domaine électrotechnique, formation obtenue en Serbie. Il a travaillé comme aide-électricien dans son pays d'origine puis il a eu une période sans travail en raison de la situation politique en Serbie. Depuis son arrivée en Suisse, il a connu trois employeurs. Il a travaillé en dernier lieu pour le compte de la société B. _____ SA à [...] de septembre 2008 à décembre 2019. Il émarge depuis lors à l'assurance-chômage.

b) En arrêt de travail à 100 % depuis le 9 avril 2019 puis à 60 % dès le 10 juin 2019, M. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes (mesures professionnelles/rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 25 septembre 2019.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations, l'OAI a notamment recueilli les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 18 janvier 2020 d'une expertise psychiatrique de l'assuré confiée par l'assureur perte de gain maladie [...] au Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Cet expert a posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de trouble panique et d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique. Au vu du peu de sévérité du trouble panique et de celui de l'humeur, ne retenant plus de limitations fonctionnelles, le Dr P. _____ évaluait la capacité de travail de l'assuré à 100 % au jour de son expertise (le 9 janvier 2020) dans toute activité. Selon l'expert psychiatre, une adaptation du traitement

(augmentation de la dose d'escitalopram) ou l'amélioration de la compliance devait permettre un progrès clinique suffisant pour faire en sorte que cette reprise de travail puisse avoir lieu dans de bonnes conditions, sans rechute ;

- un rapport d'examen neuropsychologique des 13 et 30 janvier 2020 effectué par E. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie. Ce bilan mettait en évidence un dysfonctionnement exécutif et attentionnel associé à des difficultés mnésiques légères, des difficultés aux gnosies visuelles. Les tests et indices de validation des symptômes étaient réussis. Il était précisé que ces difficultés étaient de nature à se répercuter sur l'activité professionnelle avec un tableau, sur un plan strictement neuropsychologique, d'un trouble léger à moyen, ce qui correspondait à un degré d'incapacité d'environ 30 à 50 % ;

- un rapport du 4 février 2020 du Dr A. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, médecin traitant de l'assuré, contestant les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique précité. Selon ce médecin, une lente évolution favorable, y compris professionnelle, était envisageable moyennant un traitement médicamenteux optimisé. Il relevait au passage qu'en raison des capacités d'introspection et d'élaboration très limitées de l'assuré le volet psychothérapeutique de la prise en charge ne permettait pas vraiment d'évolution. En l'état et au vu de l'hypothèse d'une évolution favorable retenue par l'expert psychiatre, il était tout au plus possible de prévoir le maintien d'une capacité de travail résiduelle à un taux de 40 % et une très lente augmentation seulement dans le cadre de mesures professionnelles de l'assurance-invalidité.

Poursuivant l'instruction du dossier, l'OAI a ordonné une mesure de réinsertion, sous la forme d'un entraînement à l'endurance auprès des sections [...] de l'Orif [...], entre le 9 mars et le 31 octobre 2020 ayant pour objectif de développer les compétences et d'augmenter progressivement la capacité de travail, en partant d'un taux de 40 % sur un horaire de quatre jours par semaine. Cette mesure avait mis en relief l'absence d'augmentation possible du taux de capacité de travail résiduel

de 40 % (rapport du 18 novembre 2020). Elle a été interrompue au 20 décembre 2020.

Dans un rapport du 6 novembre 2020 adressé à l'assurance perte de gain maladie, le Dr A._____ a fait part d'attaques de panique deux fois par semaine et d'une évolution défavorable, avec une entrée en chronicité depuis son rapport du 4 février 2020, sans changement de traitement et sans prévision de modification. Il indiquait que son patient parvenait à peine à maintenir son activité exercée au taux de 40 % en raison du niveau d'angoisse généré, que toute augmentation de taux de travail impliquait un risque très important de décompensation anxieuse et/ou dépressive, et qu'une baisse de ce taux maximum de 40 % était à craindre, les troubles anxieux et de l'humeur gardant un impact très important sur la capacité de travail et de façon chronique.

Par rapports des 16 décembre 2020 et 13 janvier 2021, le Dr A._____ a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité. Le psychiatre traitant signalait une péjoration de l'état de santé de son patient, avec une incapacité de travail à 100 % dès le 18 décembre 2020. Il mentionnait également des douleurs à la nuque. Selon le psychiatre traitant, l'assuré ne pouvait pas reprendre d'activité lucrative durant les prochains mois.

Après avoir sollicité l'avis du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité), l'OAI a posé des questions complémentaires au Dr I._____, médecin généraliste, en raison des douleurs signalées par le Dr A._____.

Le 14 mai 2021, le Dr I._____ a répondu à l'OAI que les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré restaient d'origine psychiatrique en renvoyant auprès du Dr A._____ pour plus de précision. Du point de vue du Dr I._____ il n'existait pas de limitations fonctionnelles d'ordre strictement somatique.

Suivant l'avis du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique de l'assuré auprès de V. _____ SA, laquelle a été confiée au Dr O. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, avec un bilan neuropsychologique effectué par U. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP/certifiée SIM. Dans son rapport du 4 avril 2022, l'expert n'a pas posé de diagnostic incapacitant. Sans incidence sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Le bilan neuropsychologique n'avait pas permis d'objectiver des limitations fonctionnelles sur cet axe en raison de nombreuses incohérences et des résultats aux tests de validation. La neuropsychologue expliquait dans le détail l'incongruence de certains résultats obtenus dans des épreuves sensibles à la qualité de l'effort produit par l'assuré. Par ailleurs, l'expert psychiatre signalait l'absence de trouble cognitif constaté au cours de son examen d'une durée d'une heure et trente-cinq minutes. Partageant les conclusions de l'expertise psychiatrique mandatée en son temps par l'assurance perte de gain [...], l'expert psychiatre ne retenait pas de limitations fonctionnelles et évaluait à son tour la capacité de travail de l'assuré à 100 % dans toute activité.

Aux termes d'un avis 26 avril 2022, le Dr Z. _____ du SMR a relevé que, sur le fond, le constat clinique objectif de l'expertise psychiatrique du V. _____ apparaissait quasi-superposable à ce qui était décrit dans l'expertise mise en œuvre par l'assurance perte de gain. Les deux experts en arrivaient à former les mêmes appréciations concernant la capacité de travail. Dans ces conditions, le SMR retenait une incapacité de travail totale de l'assuré entre le 9 avril 2019 et le 9 janvier 2020 correspondant à la date de l'expertise conduite par l'assurance perte de gain.

Par projet de décision du 27 avril 2022, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations. Pour des motifs de santé, ce dernier avait présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le mois d'avril 2019 et depuis le mois de janvier 2020, une pleine capacité de travail pouvait raisonnablement être exigible de sa part dans toute activité lucrative. Des mesures professionnelles n'étaient

pas nécessaires. Par ailleurs, la durée de l'incapacité de travail, inférieure à une année, n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

L'assuré a formulé des objections le 11 mai 2022 sur ce préavis négatif. Se référant à l'avis de son psychiatre traitant, le Dr A._____, qui avait attesté d'une totale incapacité de travail du 19 décembre 2020 à ce jour et d'une incapacité de travail de 60 % pour le restant de l'année 2020, il a fait valoir que, compte tenu de son état de santé défaillant depuis 2019 attesté sur la base de certificats médicaux d'incapacité de travail établis depuis lors, son cas correspondait parfaitement à celui d'une rente entière d'invalidité.

Le 3 juin 2022, le Dr A._____ a adressé un rapport du même jour à l'OAI, pour contester le projet de décision de refus de rente. Ce médecin y indiquait que depuis ses rapports du 4 février 2020 (rapport médical initial), 16 décembre 2020 et 13 janvier 2021, son patient ne présentait aucune évolution et que son épisode dépressif était resté chronique.

Aux termes d'un avis SMR du 11 octobre 2022, le Dr Z._____ a retenu l'absence d'éléments justifiant de s'écarter des conclusions de l'expertise V._____ qui avait une pleine valeur probante. Se référant à l'avis du psychiatre traitant (le DrA._____), le médecin du SMR a retenu une incapacité de travail de l'assuré de 100 % à compter d'avril 2019 puis de 60 % depuis juin 2019 ainsi qu'une pleine capacité de travail exigible de sa part dans toute activité lucrative depuis le 9 janvier 2020, selon les deux expertises psychiatriques figurant au dossier.

Par décision du 13 octobre 2022, l'OAI a confirmé son préavis de refus de mesures professionnelles et de rente du 27 avril 2022. Était joint un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision du 13 octobre 2022.

Par envoi daté du 16 novembre 2022 à l'OAI, l'assuré lui a fait savoir qu'il contestait intégralement la décision précitée. Il mettait

totalelement en doute le bien-fondé de l'expertise réalisée par le V._____ qui lui semblait aberrante, voire même malhonnête, lorsqu'elle niait la véracité de ses symptômes et sous-entendait qu'il s'agissait de simulation de sa part. Il évoquait par ailleurs les mesures professionnelles de l'assurance-invalidité qui avaient été interrompues à la suite de son incapacité de les suivre.

B. Par acte du 1^{er} décembre 2022, M._____ a personnellement recouru contre la décision du 13 octobre 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à son annulation. Il se référait à la teneur de son envoi du 16 novembre 2022 à l'OAI, en lien avec le respect du délai de recours. Sur le fond, il renvoyait à ses objections du 11 mai 2022 tout en contestant la valeur probante de l'expertise V._____.

Dans sa réponse du 12 janvier 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise V._____, estimant que les critiques du recourant n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Par mémoire de recours complémentaire du 12 février 2024, M._____, désormais représenté par Me Véronique Fontana, a conclu à l'annulation de la décision rendue le 13 octobre 2022 par l'OAI et au renvoi de la cause à cet Office pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, subsidiairement à son droit à une rente de l'assurance-invalidité fondée sur un taux d'invalidité de 100 %. En substance, il reprochait à l'expertise du V._____ de ne pas avoir exposé les motifs conduisant l'expert psychiatre à écarter d'emblée toutes les objections du psychiatre traitant (le Dr A._____). A son avis, l'expert du V._____ avait été influencé par la précédente expertise du Dr P._____ dont il partageait les conclusions, notamment celle relative au taux de capacité de travail de 100 %. Ensuite, s'agissant des incohérences relevées par l'expert du V._____ entre ses activités et ses plaintes, le recourant s'étonnait du fait qu'il effectuait le ménage et les courses en lieu et place de son épouse handicapée, marchait 13'000 pas par jour et

jouait au football dans une équipe de vétérans, ce qui était assimilé à une capacité de travail en tant qu'électricien. Il voyait en outre une erreur de l'OAI qui lui reconnaissait une pleine capacité de travail mais allouait des indemnités journalières pour des mesures professionnelles. Pour le recourant, la conclusion de l'expert psychiatre du V._____ d'une capacité de travail de 100 % depuis toujours était inacceptable au vu de son état de santé psychique défaillant qui avait une incidence incontestable sur sa capacité de travail. A titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin d'établir sa capacité de travail et, partant, son taux d'invalidité.

C. Par décision du 19 juillet 2023, M._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 1^{er} juin 2023. Il était exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires mais tenu de payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} septembre 2023. Un avocat d'office en la personne de Me Véronique Fontana lui a été désigné.

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. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'espèce, la décision litigieuse rendue le 13 octobre 2022 fait suite à une demande de prestations déposée le 25 septembre 2019, en raison d'atteintes à la santé incapacitantes depuis le 9 avril 2019, de sorte que le droit éventuel au versement de la rente existerait dès le courant 2020. Il convient donc d'appliquer les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. a) Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

b) Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement, sur son degré d'invalidité.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: (a.) 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; (b.) il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et (c.) au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

c) aa) 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).

bb) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les symptômes décrits et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments

pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait

due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

d) 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).

e) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre 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_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

5. a) En l'espèce, au terme de l'instruction qu'il a menée, l'intimé a retenu que pour des motifs de santé l'assuré avait présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le mois d'avril 2019 et que, depuis le mois de janvier 2020, sa capacité de travail était entière dans toute activité. Des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires. Compte tenu de la durée de l'incapacité de travail, inférieure à un an, le droit à la rente n'était pas ouvert.

De son côté, le recourant conteste ce point de vue. Ses principaux griefs concernent les conclusions de l'OAI quant à la capacité de travail de 100 % telle que retenue sur la base de l'expertise du V._____, laquelle est qualifiée d'aberrante lorsqu'elle mentionne l'absence de diagnostic incapacitant. Le recourant met par ailleurs en avant le fait que le Dr A._____ a attesté d'une incapacité de travail de 100 % à compter d'avril 2019 puis de 60 % depuis juin 2019, incapacité qui perdure jusqu'à ce jour selon le psychiatre traitant. Le recourant estime avoir droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

b) Sur le plan somatique, en l'absence de contestation entre les parties, on rappellera que les douleurs à la nuque annoncées par le Dr A._____ dans ses rapports des 16 décembre 2020 et 13 janvier 2021 ont été investiguées par l'intimé auprès du Dr I._____. Ce médecin a

répondu le 14 mai 2021 que les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assuré restaient d'origine psychiatrique en renvoyant auprès du psychiatre traitant pour plus de précision. Du point de vue du Dr I._____, il n'existait pas de limitations fonctionnelles d'ordre strictement somatique.

c) aa) Sur le plan psychiatrique, quant à la forme, le rapport d'expertise psychiatrique du V._____ du 4 avril 2022 (avec un bilan neuropsychologique) remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 4e supra). Fruit d'un examen approfondi du cas (un entretien d'une durée d'une heure et trente-cinq minutes a eu lieu en décembre 2021 avec l'expert psychiatre et un examen neurologique d'une durée de deux heures et demi a été pratiqué en février 2022), il repose sur des investigations fouillées. S'ouvrant par une anamnèse avec une description détaillée et représentative d'une journée type, le rapport décrit le contexte médical et assécurologique déterminant (sur la base de la prise en compte de l'ensemble du dossier mis à disposition de l'expert), prend en compte les plaintes du recourant, relate le status, de même qu'il rend compte des observations effectuées en répondant par ailleurs de manière ciblée aux questions complémentaires de l'administration. Pour son évaluation de la capacité de travail, l'expert a examiné les ressources et a également apprécié la cohérence de la plausibilité ainsi que le profil d'effort en fonction de la mini CIF-APP. Il a en outre dûment motivé ses conclusions et a distingué les éléments subjectifs, basés sur les plaintes exprimées, et ses propres constatations médicales pour évaluer la capacité de travail. En l'absence de limitations fonctionnelles, l'expert évalue la capacité de travail de l'assuré à 100 % dans toute activité. L'expertise ne souffre pas de contradictions ni de défaut manifeste.

bb) Sur le fond, l'expert psychiatre du V._____ (le Dr O._____) prend le soin, à la rubrique « évaluation et classification des troubles par rapport aux évaluations antérieures » de son rapport du 4 avril 2022, d'expliquer en détail les motifs pour lesquels il se distancie de l'analyse du psychiatre traitant. L'évaluation d'une incapacité de travail de

100 % par le Dr A._____, lequel s'appuie notamment sur le premier bilan neuropsychologique datant de janvier 2020, n'est pas convaincante. En effet, comme le relève l'expert psychiatre, le second bilan réalisé le 4 février 2022 dans le cadre de l'expertise psychiatrique au V._____ ne permet pas de démontrer de troubles sur l'axe neuropsychologique. Cet examen d'une durée de deux heures et demi donnant chez l'assuré l'impression de disposer de bonnes ressources, paraissant non fatigable et à la mimique abattue comparativement au bilan précédent, retient une amélioration du score à un test gnosique visuel, un léger fléchissement en mémoire de travail, la persistance d'un trouble mnésique épisodique verbal et un ralentissement. Le profil cognitif ne peut être considéré valide en raison des incohérences observées sur le plan extrinsèque notamment. Dans ce contexte, il est ardu d'attribuer les difficultés observées à une étiologie déterminée ainsi que de se prononcer sur la sévérité du trouble neuropsychologique et ses réelles limitations. Aucune pathologie psychiatrique incapacitante n'est donc retrouvée lors du second bilan neuropsychologique en février 2022.

L'expert psychiatre du V._____ ne retient pas de diagnostic incapacitant mais uniquement un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Selon les constatations de son examen du 2 décembre 2021, il ne retrouve pas de symptôme objectif en faveur d'un trouble dépressif significatif ou d'un trouble anxieux caractérisé et incapacitant. Aucun ralentissement psychomoteur, ni anhédonie, ni tristesse pathologique, ni trouble de l'attention, de la concentration, de la mémoire ne sont constatés, ni fatigue ou fatigabilité, ni baisse de l'attention ou de la concentration.

L'examen clinique, l'anamnèse et l'analyse du déroulé de la journée type permettent de retenir le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte qui comprend à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs relativement mineurs dont l'intensité est insuffisante pour justifier un diagnostic de dysthymie ou de troubles anxieux caractérisés, voire autres. Aux dires de l'expert psychiatre, cette association de symptômes est fréquemment rencontrée dans le cadre des

soins primaires. Il ajoute que ce cas est également fréquent dans la population générale, sans que ces troubles n'entraînent une consultation que ce soit en médecine générale ou en psychiatrie. Selon l'expert psychiatre du V._____, ce trouble n'a donc aucune répercussion sur la capacité de travail.

Les performances obtenues ne sont pas cohérentes avec les constatations objectives lors de l'examen, ni avec les activités menées au quotidien chez le recourant. En particulier, le diagnostic d'épisode dépressif moyen n'est pas partagé avec le psychiatre traitant ni la présence de troubles cognitifs significatifs. Par ailleurs, les troubles anxieux n'ont pas de caractère incapacitant sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique, sans compter le fait que de nombreuses divergences et incohérences sont retrouvées, que ce soit entre les données de l'examen clinique et les plaintes du recourant, entre ses plaintes et le descriptif de ses activités ménagères, de loisirs ou de distractions, et des incohérences sont également relevées lors de la passation de l'évaluation neuropsychologique qui n'est, tout simplement, pas valide. En raison de ces incohérences, aucune incapacité de travail pour motif psychiatrique n'est retenue.

cc) Le constat clinique de l'expertise psychiatrique du V._____ est quasi superposable à ce qui est écrit dans l'expertise mise en œuvre par l'assurance perte gain maladie [...]. Le rapport d'expertise daté du 18 janvier 2020 du Dr P._____ retenait un trouble panique et un épisode dépressif léger sans syndrome somatique, et ne mentionnait ni incapacité de travail pour motif psychiatrique ni aucune limitation fonctionnelle. Cette expertise retenait déjà des plaintes subjectives de l'assuré qui étaient plus importantes que ce que l'on observait. Il y avait la description d'une fatigue ainsi que d'une baisse d'énergie. Cela n'était toutefois pas observé. L'humeur n'était pas fortement abaissée. La capacité d'éprouver du plaisir était quelque peu réduite mais pas abolie, et l'expert ne pouvait pas considérer qu'il y avait une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir. En revanche, l'assuré était clairement moins réceptif à des éléments positifs ce que lui faisaient remarquer ses enfants.

Le Dr P._____ ne retenait pas de symptôme du critère B d'un épisode dépressif, vu le peu de sévérité de ces trois symptômes. De son côté, l'assuré ne décrivait pas véritablement de troubles cognitifs hormis à quelques exceptions près lorsqu'il se sentait plus anxieux mais de tels troubles n'avaient pas été observés par l'expert.

Pour le Dr P._____ les plaintes subjectives étaient plus importantes que les constatations objectives en ce qui concernait notamment la description de fatigue qu'il n'avait pas observée. Il y avait la description d'une augmentation de la fatigabilité qui n'était pas retrouvée non plus. Compte tenu du peu de sévérité du trouble panique et du trouble de l'humeur, l'expert ne retenait pas non plus de limitations fonctionnelles. Au terme de son examen du 9 janvier 2020, il considérait M._____ comme étant apte à reprendre une activité professionnelle à 100 %.

Finalement, les deux experts psychiatres (les Drs P._____ et O._____) forment les mêmes appréciations concernant la capacité de travail entière du recourant dans toute activité.

d) Le dossier ne contient aucun document médical susceptible de faire douter du bien-fondé de l'expertise psychiatrique du V._____.

Il convient de préciser en premier lieu que les deux experts psychiatres ont évalué la capacité de travail en appliquant les indicateurs standards (cf. consid. 4c supra), notamment ceux relatifs à la cohérence, ce qui est susceptible d'expliquer la différence d'appréciation entre le psychiatre traitant et l'expert. Ni le recourant, ni le Dr A._____ n'apportent d'élément permettant de s'écarter des expertises précitées ou de justifier un complément d'instruction. En particulier, l'expert psychiatre du V._____ (le Dr P._____ l'avait fait également) a tenu compte des diagnostics posés par le DrA._____ (dans ses rapports des 4 février, 6 novembre et 16 décembre 2020).

Le 4 février 2020, le psychiatre traitant retient les diagnostics de trouble panique depuis 2013 et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis l'été 2019, tout en estimant que les limitations fonctionnelles sont liées aux attaques de panique alors que ce trouble existe depuis 2013 et n'a pas entraîné d'incapacité notable au niveau du travail. Dans son rapport du 6 novembre 2020, il décrit des attaques de panique deux fois par semaine avec une entrée en chronicisation sans changement de traitement et sans prévision de modification, et une capacité de travail d'au maximum 40 %. Enfin, le 16 décembre 2020, le Dr A. _____ annonce une mauvaise évolution avec entrée en chronicité et des angoisses, des douleurs à la nuque, une impression de s'étrangler, de s'étouffer. Il rapporte une incapacité de travail de 100 % dès le 18 décembre 2020.

Or l'expert O. _____ indique qu'il n'a pas constaté, lors de son examen clinique le 2 décembre 2021, de trouble de la concentration, de l'attention ou de la mémoire durant tout l'entretien. L'examen neuropsychologique du 4 février 2022 met en évidence des problèmes de cohérence et ne remplit pas les critères de validation de l'évaluation neuropsychologique. Par ailleurs, les critères de définition d'un épisode dépressif, quelle qu'en soit l'intensité, ne sont pas retrouvés, de même que la dimension incapacitante des crises d'angoisse qui surviennent, ne se manifestent ni dans les activités de la vie quotidienne, ni dans les activités de distraction et de loisirs. Elles ne sont en outre pas constatées lors de l'examen clinique pourtant anxiogène de par le cadre où se déroule l'entrevue et de par les enjeux que comporte cet examen. Ainsi, aucune pathologie psychiatrique incapacitante n'a été mise en évidence par l'expert psychiatre du V. _____.

Le Dr A. _____ ne fournit aucune indication ou explication sur l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité opérée par l'expert. Il n'explique pas l'incohérence entre les limitations fonctionnelles que l'assuré rapporte dans l'exercice de son activité professionnelle et au cours des mesures de réadaptation passées alors qu'il n'en décrit aucune dans les activités de la vie quotidienne et les activités de loisirs, qui sont

pourtant nombreuses et astreignantes physiquement. Le recourant explique en effet qu'il fait 13'000 pas par jour, qu'il effectue les grosses courses, qu'il peut passer l'aspirateur, qu'il y a une année, il s'est inscrit à un club de vétérans du football à [...] où il a joué trois ou quatre matchs et qu'il n'a arrêté que parce qu'il s'est blessé au genou. Le psychiatre traitant ne donne pas d'explication non plus sur les divergences entre les plaintes de l'assuré et son comportement en situation d'examen où il n'est pas retrouvé des troubles de la concentration, de l'attention, ni de la mémoire cliniquement significatifs. De plus, aucun symptôme neurovégétatif objectif en faveur d'un état anxieux n'est retrouvé dans une situation clinique objectivement stressante et comportant de nombreux enjeux pour l'avenir de l'assuré. Il existe pourtant des autolimitations entre les plaintes et le descriptif de la journée type d'une part et entre les plaintes et le comportement de la personne assurée en situation d'examen d'autre part.

A cela il convient d'ajouter encore que le psychiatre traitant signale une chronicisation des troubles mais que de manière assez étonnante aucune modification significative du traitement n'a été opérée et que le traitement à base de la même molécule antidépressive (escitalopram) est maintenu depuis des années, alors que la stratégie thérapeutique usuelle aurait été d'améliorer le traitement par l'instauration d'une autre molécule. Il existe dès lors également une incohérence entre la stratégie thérapeutique et le constat d'une chronicisation et d'une résistance au traitement puisque ce dernier est resté le même et à des doses identiques depuis des années jusqu'au début de l'année 2020 où il a été augmenté à 30 milligrammes par jour.

Dans son rapport du 4 février 2020, le Dr A. _____ reprochait à l'expert P. _____ de ne pas avoir attendu les résultats de l'examen neuropsychologique contemporain qui mettraient en évidence un dysfonctionnement exécutif et attentionnel associé à des difficultés mnésiques légères, des difficultés aux gnosies visuelles. Or un examen neuropsychologique a également été demandé par l'assurance-invalidité. La conclusion du bilan réalisé en février 2022 par U. _____,

psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP/certifiée SIM, retient un profil cognitif qui ne peut être considéré valide en raison des incohérences observées sur le plan extrinsèque notamment. Dans ce contexte et selon cette examinatrice, il est ardu d'attribuer les difficultés observées à une étiologie déterminée, ainsi que de se prononcer sur la sévérité du trouble neuropsychologique et de ses réelles limitations. La possibilité d'un trouble panique de degré léger et non incapacitant peut être discutée du fait de la description de symptômes neurovégétatifs en lien avec l'anxiété décrite par l'assuré, mais les troubles présentés sont de gravité moyenne.

De manière générale, il convient de rappeler qu'il est admis, de jurisprudence constante, que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison du mandat thérapeutique et de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5). Cela se manifeste particulièrement lorsque, comme en l'espèce, leurs avis rapportent principalement les plaintes de leur patient et lorsqu'ils ne tiennent pas compte des ressources dont disposent leur patient, en particulier dans le déroulement d'une journée type.

Les avis successifs du psychiatre traitant sont en outre déficients quant à l'analyse des indicateurs posés par la jurisprudence fédérale et rappelés ci-dessus (consid. 4c supra). Or s'agissant des ressources, l'expert mentionne qu'elles sont nombreuses et qu'il n'y a pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Il indique que la personne assurée bénéficie du soutien de membres de sa famille avec qui il est en contact régulier, de sa belle-famille et d'amis. Le critère du traitement n'est quant à lui pas contributif, l'expert s'interrogeant sur un problème de compliance au vu d'un taux retrouvé nettement plus élevé qu'attendu et au-dessus du seuil thérapeutique recommandé. Dernier élément mais pas des moindres, l'expert relève de nombreuses incohérences entre les limitations rapportées par l'assuré lors de son activité professionnelle et des mesures de réadaptation alors qu'il n'en décrit aucune dans les activités de la vie quotidienne, mettant à mal le critère de la cohérence et de la plausibilité. Tous ces éléments obligent à

sérieusement relativiser la portée de l'appréciation différente de la capacité de travail retenue par le psychiatre traitant en opposition à celle de l'expert qui n'est pas sérieusement ébranlée.

e) Enfin, en tant que le recourant évoque l'échec des mesures de réadaptation entreprises entre le 9 mars et le 20 décembre 2020, il ne convainc pas davantage. C'est le lieu de rappeler que c'est la tâche du médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités). C'est pourquoi les appréciations des médecins l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_605/2020 du 19 juillet 2021 consid. 5.4 ; TF 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2 et la référence). Or en l'espèce, les experts avaient connaissance de la situation d'échec vécue par le recourant lors de ce stage ce qui n'a toutefois pas modifié leur appréciation de la capacité de travail entière dans toute activité. Cette estimation n'est pas critiquable dès lors que l'origine du vécu du recourant dans le cadre des mesures dont il a bénéficié de la part de l'intimé par le passé n'est pas mise en relation avec un déficit mais tout au plus avec un accroissement des symptômes.

f) Des conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du V._____ pleinement probant et corroboré par celui daté du 18 janvier 2020 du Dr P._____, il ressort que depuis le 9 janvier 2020, le recourant présente une capacité de travail totale dans toutes activités. Or au vu d'une incapacité de travail ininterrompue attestée d'avril 2019 à décembre 2020 par le psychiatre traitant (le Dr A._____), retenue par le SMR puis par l'OAI dans sa décision litigieuse, on ne peut que constater que la durée de l'incapacité de travail, inférieure à un année, exclut le droit à la rente (cf. art. 28 al. 1 let. b - c LAI), conformément à ce qu'a retenu l'OAI au terme de la décision attaquée.

6. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (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) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire afin de déterminer sa capacité de travail et, partant, son taux d'invalidité.

7. a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée 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 du recourant, vu le sort de ses conclusions.

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

d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Véronique Fontana peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste déposée le 14 février 2024, ces opérations, vérifiées d'office, sont justifiées. L'indemnité de Me Fontana est ainsi arrêtée à 2'972 fr. 75 ([9 heures × 180 fr.] + 5 % [débours ; cf. art. 3bis al. 1 RAJ] + 7,7 % [TVA 2023] + ([5 heures et 35 minutes × 180 fr.] + 5 % [débours ; cf. art. 3bis

al. 1 RAJ] + 8,1 % [TVA 2024]), débours et TVA compris pour la période du 1^{er} juin 2023 au 12 février 2024.

e) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 13 octobre 2022 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

- V.** L'indemnité d'office de Me Véronique Fontana, conseil du recourant, est arrêtée à 2'972 fr. 75 (deux mille neuf cent septante-deux francs et septante-cinq centimes), débours et TVA compris.

- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Véronique Fontana (pour M. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :