

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 octobre 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Saïd et Rondi, assesseures
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourant, représenté par Swiss Claims Network SA, à Fribourg,

et

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

Art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], sans formation certifiée, travaillait à 80 % en qualité d'ébéniste pour le compte de B._____ depuis le mois de mai 2006.

Le 22 septembre 2017, l'assurance perte de gain maladie de l'employeur de l'assuré a adressé, pour ce dernier, une demande de détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). L'assuré était incapable de travailler depuis le 11 avril 2017 en raison d'une opération bilatérale du tunnel carpien et d'une opération de condylomes du colon. Après un entretien de détection précoce, il a été convenu que l'assuré ne déposerait pas de demande de prestations, au vu de sa prochaine reprise d'activité à 50 %.

Le 11 avril 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant quant au genre de l'atteinte « giardiase depuis octobre (parasite) résolu ; anaphylaxies idiopathiques depuis 10 ans ; schwannome cage thoracique en attente de traitement ; condylomes, problèmes de cicatrisation et kyste testicule depuis 2017 ; dépression depuis novembre 2018 ». L'assuré avait été incapable de travailler à 100 % du 10 octobre 2018 au 10 février 2019, à 50 % jusqu'au 3 avril 2019 puis à nouveau à 100 %.

L'assurance perte de gain maladie de l'employeur de l'assuré a transmis à l'OAI le dossier qu'elle avait constitué, dont il ressortait que l'intéressé s'était fait opérer le 21 juin 2017 du tunnel carpien gauche et le 5 octobre 2017 du tunnel carpien droit (cf. protocoles opératoires des 12 juin et 6 octobre 2017 de la Dre [...], spécialiste en chirurgie de la main). Le 7 juillet 2017 et le 16 novembre 2018, il avait encore subi une excision de condylomes périanaux et d'un abcès chronique du scrotum, dont l'évolution était favorable (cf. avis de sortie des 7 juillet 2017 et 21 novembre 2018 et rapport du 3 décembre 2018 du Dr S._____, spécialiste en chirurgie). En réponse à un questionnaire du 21 août 2017, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin

traitant, avait indiqué que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif, qui avait justifié une incapacité de travail du 11 avril au 19 mai 2017. Depuis lors, l'incapacité de travail était justifiée en raison des opérations du tunnel carpien. Après un premier suivi psychologique de février 2014 à novembre 2015, l'assuré avait repris ce suivi en novembre 2018 auprès du Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue [...]. Le Dr X._____ avait retenu, dans un rapport du 13 février 2019, les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de personnalité anxieuse. L'assurance perte de gain maladie avait décidé de mettre en œuvre une expertise, dont elle avait confié la réalisation au Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Au terme de son rapport du 31 août 2019, l'expert [...] avait retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), avec incidence sur la capacité de travail, et celui de trouble anxieux, sans précision (F41.9), sans incidence sur la capacité de travail. Il avait observé que l'épisode dépressif était apparu dans un contexte d'atteintes somatiques et de rupture sentimentale. L'intensité de cet épisode avait été temporaire et moyenne, d'évolution favorable au vu du suivi mis en place et du traitement médicamenteux. Les critères diagnostiques d'un épisode dépressif, même léger, n'étaient plus réunis au jour de l'expertise. Le retentissement subjectif actuel de l'épisode dépressif n'était plus suffisant pour justifier une incapacité de travail, même partielle, dans l'activité habituelle.

Dans un rapport du 13 décembre 2019 à l'OAI, le Dr P._____ a posé les diagnostics de schwannome intraabdominal en 2018, d'état dépressif depuis 2016 et d'intervention chirurgicale pour condylomes à répétition en 2018-2019. L'assuré était totalement incapable de travailler pour une durée indéterminée sur le plan somatique. Le Dr P._____ a renvoyé à l'appréciation du psychiatre traitant pour le surplus, faisant toutefois état d'angoisse et de handicap en raison du tunnel carpien opéré bilatéralement à titre de limitations fonctionnelles.

Le Dr P._____ a joint à son envoi un rapport du 27 novembre 2019 de l'Hôpital de [...], où l'assuré s'était fait volontairement hospitaliser

du 4 au 20 novembre 2019 pour une mise à l'abri d'idéations suicidaires. Le diagnostic principal d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, a été posé, ainsi que le diagnostic secondaire de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé. Le facteur principal déclenchant semblait être le refus de l'assurance perte de gain maladie d'entrer en matière pour une incapacité de travail à 25 %, en raison de l'expertise mise en œuvre.

Dans un rapport du 24 janvier 2020 à l'OAI, le Dr X. _____ et la psychologue [...] ont posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant et douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques (F45.41), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1), de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) et de plusieurs diagnostics somatiques pénalisant la capacité de travail. L'assuré avait été totalement incapable de travailler du 1^{er} novembre 2019 au 31 janvier 2020, et était désormais capable de travailler à 50 % dans toutes activités. Le médecin a constaté que l'assuré était actuellement en grande détresse. Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : difficulté de manipulation d'outils et de concentration, difficulté dans la gestion des symptômes somatiques, baisse de moral due à la sensation de solitude.

Dans un rapport du 21 janvier 2020, le Dr S. _____ a retenu les diagnostics de condylomes, schannome et lichen scléro-atrophique. L'assuré avait été incapable de travailler du 4 au 20 avril 2019. La capacité de travail, hors cure ou récurrences de condylomes, était totale. L'assuré n'était pas limité dans sa capacité de travail s'agissant de la problématique des condylomes.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a retenu, le 3 juillet 2020, que la capacité de travail de l'assuré était totale dans toutes activités correspondant à ses aptitudes, motivations et compétences, depuis toujours, hormis durant des périodes

d'incapacités temporaires de travail du 11 avril 2017 au 7 janvier 2018 et du 10 octobre 2018 au 29 août 2019. Sur le plan psychiatrique, le Dr X._____ avait établi un rapport similaire en mars 2019 et en janvier 2020, en dépit de l'expertise psychiatrique réalisée entre temps, de sorte que l'appréciation du 24 janvier 2020 pouvait être écartée. Sur le plan neurologique, la capacité de travail était totale, tout comme sur les plans de la médecine interne et chirurgicale, hors des périodes de cure.

L'assuré a fait parvenir à l'OAI plusieurs rapports. Dans un rapport établi le 26 mai 2020, le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, a indiqué que l'assuré avait divers problèmes douloureux d'allure mécanique des mains, avec des signes de tendinite du fléchisseur radial du carpe. La clinique, l'IRM et le bilan biologique ne parlaient pas en faveur d'un rhumatisme inflammatoire, mais plutôt de problèmes mécaniques et dégénératifs débutants. Les symptômes étaient survenus dans un contexte psychologique défavorable. Dans un rapport du 12 juin 2020, la Dre [...], spécialiste en chirurgie, a retenu le diagnostic d'abcès para-anal et prurit anal avec lichen probable. Après avoir procédé à l'excision de l'abcès, elle a préconisé d'investiguer une maladie inflammatoire si la situation n'évoluait pas. Dans un rapport du 17 juin 2020, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de douleurs de type inflammatoire des mains, du genou droit et du pied gauche dans le cadre d'un état inflammatoire chronique d'origine anale. Il a suggéré de réaliser une infiltration du poignet, une séance d'ondes de chocs extracorporelles pour le genou et des supports plantaires pour le pied gauche.

Dans un projet de décision du 10 juillet 2020, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser de prester, au motif que la capacité de travail était entière dans toutes activités depuis toujours, excepté durant les périodes d'incapacité de travail suivantes : du 11 avril 2017 au 7 janvier 2018 et du 10 octobre 2018 au 29 août 2019.

Dans un rapport du 7 juillet 2020 à l'OAI, le Dr L._____ a posé le diagnostic d'arthralgies du dos, des mains, des pieds et du rachis d'origine indéterminée depuis plus de 10 ans, et problèmes psychiatriques avec hospitalisation en 2019. L'assuré présentait des difficultés pour les activités de force et répétitives des mains. Le médecin a renvoyé pour le surplus à l'avis du psychiatre.

Dans un rapport du 8 juillet 2020, la Dre Q._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante depuis le 1^{er} mai 2020, a posé les diagnostics d'abcès para-anal et multiples dysplasies para-anales, possible lichen plan scléro-atrophique, fissure anale et multiples condylomes, tendinite du tendon rotulien droit depuis 2020, kystes styloïdiens palmaires depuis 2020, schwannome intra-abdominal depuis 2018 et état dépressif depuis possiblement 2014. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, et de 20% dès le 1^{er} août 2020 dans une activité adaptée ne demandant pas de port de charges lourdes, pas de mouvements répétitifs de flexion des membres inférieurs et évitant le travail manuel.

L'assuré a été licencié pour la fin du mois de juillet 2020, en raison de la fin du versement des prestations de l'assurance perte de gain maladie. Il a émargé à l'assurance-chômage puis aux services sociaux.

Dans un rapport à l'OAI du 18 septembre 2020, le Dr D._____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de syndrome du tunnel carpien opéré des deux côtés et de discrète neuropathie ulnaire sensitive. La capacité de travail était totale dans toutes activités, seuls des symptômes fonctionnels faisant obstacles à la réadaptation.

Le 27 octobre 2020, le Dr X._____ a confirmé les diagnostics précédemment posés. Il a précisé que si depuis 2018 l'assuré avait été fréquemment incapable de travailler à des taux variables, il était désormais totalement incapable de travailler depuis le 5 mars 2020 en raison des troubles somatiques et psychiques. À moyen ou long terme, il serait possible d'envisager une réinsertion dans une activité adaptée, à 50

% maximum, tenant compte de sa tendance à l'isolement, de son hypersensibilité au stress et de ses faibles ressources adaptatives.

Dans un rapport du même jour, la Dre Q._____ a retenu les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de schwannome excisé le 13 octobre 2020, multiples dysplasies péri-anales, lichen scléro-atrophique anal probable, antécédents d'abcès péri-anaux, polyarthrose avec lésions inflammatoires arthrosiques des mains et des pieds avec tendinopathie du tendon rotulien droit et syndrome de la bandelette iléo-tibiale, douleurs chroniques avec possible syndrome douloureux chronique, ainsi que trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. L'assuré présentait les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de mouvements répétitifs des mains, ni station debout prolongée ou mouvements de flexion répétés des genoux. L'incapacité de travail était totale depuis le 5 mars 2020 et un arrêt prolongé d'environ six mois était à attendre sur le plan somatique. Une réinsertion progressive pourrait alors être évaluée, avec une limite probable à 50 %.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé, le 15 février 2021, que le rapport du psychiatre traitant n'apportait pas d'élément susceptible de modifier ses conclusions. Concernant le plan somatique, les atteintes ostéoarticulaires mises en évidence et traitées depuis l'été 2020 justifiaient des limitations fonctionnelles. Une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pouvait toutefois être attendue, mais le médecin traitant retenait que l'incapacité de travail était totale depuis le 5 mars 2020 et ne devrait pas dépasser 50 % à moyen-terme. L'instruction devait se poursuivre sur le plan somatique.

Le 4 mars 2021, en réponse à l'OAI, le Professeur H._____ et la Dre Z._____, spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, ont posé le diagnostic de status post-excision de schwannome sous la 11^{ème} côte gauche le 13 octobre 2020. Une incapacité de travail uniquement post-opératoire avait été attestée. L'assuré décrivait des douleurs de type crampes musculaires au départ de la cicatrice. Les

médecins ont précisé ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou adaptée, ni sur les limitations fonctionnelles.

Le 18 mars 2021, le Dr C._____ a précisé à l'OAI avoir vu l'assuré une fois en juin 2020 pour des douleurs généralisées d'origine inconnue. Il a renvoyé au surplus à son rapport de consultation du 17 juin 2020.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, complété le 31 mai 2021, la Dre Q._____ a indiqué que l'évolution somatique était lentement favorable, avec la persistance de douleurs articulaires diffuses au niveau des poignets, des genoux et des chevilles. Au niveau proctologique, l'assuré devrait subir régulièrement des interventions pour des récurrences des lésions. S'agissant de l'intervention du schwannome, l'intéressé décrivait des douleurs sous-costales persistantes et un suivi était prévu. Dans une activité strictement sédentaire, épargnant le mouvement des mains, des genoux et évitant une station debout prolongée, la capacité pourrait être de 100 % avec une période d'adaptation raisonnable.

Suivant l'avis du SMR, l'OAI a informé l'assuré le 30 juillet 2021 qu'il allait mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Cette dernière a été confiée à Centre R._____, plus particulièrement aux Drs N._____, spécialiste en médecine interne générale, G._____, spécialiste en neurologie, T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Les experts ont rendu leur rapport le 29 août 2022, contenant un rapport établi par chaque spécialiste et une évaluation consensuelle. Les experts ont retenu les diagnostics de trouble de personnalité, sans précision (F60.9) et de trouble anxieux, sans précision (F40.9), avec effet sur la capacité de travail. Les autres diagnostics de condylomes récurrents au niveau anal et génital stade 1 et 2, lichen scléreux atrophique anal,

périanal et au niveau du gland, status après excision d'un schwannome intra-abdominal au niveau de la 11^{ème} côte à gauche en 2020, plusieurs œdèmes de Quincke sans trouvaille, cypho-scoliose dorso-lombaire, arthrose débutante de l'articulation carpo-métacarpienne et métacarpophalangienne du 1^{er} rayon de la main droite, avec cubitus court, ébauche d'arthrose radio-scaphoïdienne, main gauche, avec cubitus court, gonalgies sur ébauche d'insertionite du tendon rotulien droit (plus que gauche), arthrose tibio-tarsienne et sous-talienne débutante gauche, avec tendinopathie et ténosynovite des péroniers, status après cure de tunnel carpien bilatéral, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, utilisation nocive pour la santé, primaire, consommation actuelle de cannabis, consommation très occasionnelle d'alcool (F19.1) et trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) étaient considérés sans influence sur la capacité de travail. Au terme de leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu que l'assuré était capable de travailler à 50 % dans son activité habituelle depuis le mois d'octobre 2020, et à 90 % dans une activité adaptée (soit 100 % avec une baisse de rendement de 10 % en raison des douleurs neurologiques). L'activité adaptée devait respecter les limitations fonctionnelles suivantes : position debout et en porte-à-faux limitée dans le temps, position à genou ou accroupi, port de charges limité à 10 kg, nécessité de faire des pauses, pas de sollicitations intellectuelles majeures, pas de rendement excessif, valorisation dans le travail.

Dans un complément d'expertise du 3 octobre 2022, l'expert G._____ a répondu de la manière suivante aux questions que l'OAI lui avait adressées :

« 1. Sur quels éléments clairement objectivables vous appuyez-vous pour retenir une diminution de la capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle ? et de 90% dans une activité adaptée ?

Par essence, la douleur n'est pas objectivable, le métier d'ébéniste est un métier plutôt physique, alors qu'une activité adaptée devrait être largement envisageable à taux presque total, l'activité d'ébéniste, elle, conduira à réduire significativement sa capacité de travail du fait que c'est précisément l'effort qui conduit la douleur à s'exacerber, passant de 3 à 7/10 sur l'EVA. Pour cette raison, la CT est évaluée à 50%, partant du principe que tout effort devra être

compensé en symétrie par une période de repos compensatoire. En activité adaptée, par contre, la douleur ressentie est légère et devrait ne pas compromettre l'accomplissement d'une tâche. Les 10% de baisse de rendement retenus (et non de présentiel) sont dus au fait que la rapidité d'exécution des tâches pourrait se voir modérément réduite en raison des ressentis. Les suivis paramédicaux (physio-ergo), eux tendraient à diminuer son taux d'activité, ils pourraient être aménagés et de fait n'ont pas été retenus comme incapacitant.

2. Merci de bien vouloir renseigner sur la distinction que vous faites entre une baisse de rendement et limitation d'endurance.

L'endurance représente la capacité qu'un patient a, d'exécuter une tâche à plein rendement, sur une période donnée, estimée dans le cadre d'une activité professionnelle à une durée moyenne de 8 heures journalières. Le rendement représente sa capacité à exécuter ladite tâche avec une performance jugée optimale. »

Par courrier de son conseil du 17 octobre 2022, l'assuré a contesté la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise.

Dans un avis du 10 novembre 2022, le SMR a estimé qu'il pouvait se rallier à l'appréciation des experts concernant la capacité de travail et les limitations fonctionnelles.

Dans un nouveau projet de décision du 18 novembre 2022, annulant et remplaçant le précédent du 10 juillet 2020, l'OAI a refusé de prester, retenant que l'assuré présentait une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, mais de 90 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lui permettant de faire des pauses en raison des crampes ressenties au niveau intercostal gauche, sans mouvement d'accroupissement, sans position de porte-à-faux du tronc et sans port de charges de plus de 10 kg. Après comparaison des revenus, il résultait un degré d'invalidité de 15,62 %, insuffisant pour ouvrir le droit à la rente et aux mesures d'ordre professionnel. Une aide au placement était toutefois proposée, par courrier séparé du même jour, pour la recherche d'un emploi adapté.

Le 25 novembre 2022, l'assuré a contesté le projet de décision. Le 9 février 2023, toujours représenté par son conseil, il a soutenu qu'il était totalement incapable de travailler, se fondant sur un avis du Dr X. _____ du 3 février 2023, dans lequel celui-ci prenait

position sur l'expertise, et un rapport d'expertise privée établi par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport, le Dr J._____ retenait que l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent actuellement d'intensité sévère, ainsi qu'une anxiété marquée. Le trouble dépressif n'était pas en amélioration ainsi qu'en témoignait notamment une augmentation de la médication antidépressive. La symptomatologie psychiatrique était majeure et se répercutait gravement sur la capacité de travail, avec des limitations fonctionnelles élargies aux difficultés psychiques et uniformes dans tous les domaines de vie. La capacité de travail était donc nulle dans toutes activités professionnelles.

Ces éléments ont été soumis à l'appréciation du SMR, lequel s'est prononcé le 9 mars 2023 par le biais de la Dre M._____.

Par décision du 10 mars 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations, conformément à son projet de décision du 18 novembre 2022. Était joint un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision, auquel était annexé l'avis du 9 mars 2023 de la Dre M._____ du SMR, selon lequel la contestation de l'assuré au projet de décision ne permettait pas de modifier les conclusions du 10 novembre 2022, fondées sur l'expertise du 29 août 2022, pour les motifs suivants :

« Concernant l'expertise du Dr J._____ :

- Nous relevons en premier lieu que « les documents mis à disposition par le mandant » renseignés au point 1.3 se limitent à l'expertise Centre R._____, RM Dr X._____ (sans précision de date), RM Dr Q._____ (sic) (sans précision de date) ; il n'est pas fait mention de la consultation de l'entièreté des pièces du dossier AI.
- Force est de constater qu'à aucun moment dans son rapport d'expertise, l'expert ne discute les appréciations et conclusions du Dr F._____ et les raisons qui font qu'il s'en écarte.
- Nous constatons que le Dr J._____ retient un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère différant en cela de l'appréciation du Dr F._____ sans pour autant nous apporter des éléments anamnestiques ou à l'examen qui diffèrent significativement. Il s'appuie pour une part sur des échelles d'hétéro et d'auto-évaluation (Échelle de dépression de Hamilton, Échelle de Dépression MADRS de Montgomery et Asberg, Inventaire de la dépression de Beck) dont il convient de rappeler qu'elles sont surtout utilisées pour l'évaluation de l'efficacité d'un traitement antidépresseur et documenter l'évolution clinique de la dépression, et non à visée diagnostique.
- D'autre part, le Dr J._____ retient au point 7.2 « *des limitations fonctionnelles physiques et psychiques* ». Cela laisse planer un

doute sur la prise en compte par l'expert psychiatre d'éléments somatiques dans l'évaluation de la CT [capacité de travail]. Nous relevons en outre que les limitations fonctionnelles sont peu explicitées, notamment sans évaluation des ressources selon la mini CIF.

- Sur le plan thérapeutique, le Dr J. _____ note au point 7.1 que « Monsieur V. _____ présente un traitement médicamenteux qui a récemment été majoré », le traitement associant Mirtazapine 45 mg/j et Temesta 3 à 4 cp/j (point 2.3). Il note par ailleurs dans sa conclusion que « le trouble psychiatrique n'est pas en amélioration comme en témoigne notamment une augmentation de la médication ». Le Dr F. _____ notait quant à lui un traitement associant Paroxétine 20 mg 1 le matin et Mirtazapine 30mg le soir et Temesta jusqu'à 4/j. Outre le fait que cela consiste davantage en une adaptation thérapeutique qu'une réelle majoration, il paraît difficile de retenir comme argument pour une péjoration de l'état psychique une augmentation de la thérapeutique.

Au final, nous ne disposons pas de nouvel élément apporté par l'expertise du Dr J. _____.

En comparant de manière exhaustive les évaluations des 2 experts, nous constatons que leurs appréciations se fondent sur les mêmes observations mais avec une interprétation et des conclusions qui diffèrent.

Concernant le rapport du Dr X. _____ :

- Nous relevons que les Dr X. _____ et J. _____ ne retiennent pas, sur une même période, le même diagnostic, le Dr X. _____ retenant un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans symptômes psychotiques, contre un épisode sévère pour le Dr J. _____.
- Le Dr X. _____ fait intervenir des éléments d'ordre somatique dans son appréciation de la CT.
- Nous relevons par ailleurs qu'il mentionne que les douleurs notamment chroniques thoraciques n'ont pas été prises en compte dans l'expertise Centre R. _____. Il convient de rappeler que la perte de CT et la baisse de rendement sont justement en lien avec ces douleurs retenues par l'expert neurologue. »

B. Par acte du 21 avril 2023, V. _____, toujours représenté par Swiss Claims Network SA, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé. En substance, il conteste les conclusions de l'expertise du Centre R. _____ qui ne sont pas discutées, estimant l'expertise en question lacunaire et incomplète. Il fait en particulier grief à l'expert psychiatre de retenir divers diagnostics avec effet sur la capacité de travail (trouble de la personnalité et trouble anxieux), mais de conclure à un impact nul de ces troubles, sans l'expliquer. L'expert psychiatre détermine en outre que

les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives n'ont pas d'impact sur la capacité de travail, ni le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, alors qu'il s'agit de troubles importants. Pour le recourant, les conclusions de l'expert ne sont pas cohérentes avec ses constatations cliniques et les diagnostics qu'il retient. Il se prévaut par ailleurs du rapport du Dr J._____, pour qui la symptomatologie psychiatrique est majeure et se répercute sur la capacité de travail. Pour le recourant, il y a ainsi lieu d'écarter l'expertise du Centre R._____ et fonder l'atteinte sur les avis, concordants, de ses médecins. Dans un autre moyen, le recourant conteste le calcul du degré d'invalidité, estimant avoir droit à une rente entière, dès lors que son invalidité est totale.

Par réponse du 12 juin 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours, en se référant à l'avis du SMR du 9 mars 2023.

Le recourant a renvoyé à son mémoire de recours par écriture du 21 juin 2023.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes pascales (art. 60 et 38 al. 4 let. a LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

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

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

b) 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. En l'occurrence, la naissance éventuelle du droit à une rente est antérieure au 1^{er} janvier 2022, de sorte que la situation demeure régie par l'ancien droit.

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

de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

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

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

d) Il découle de l'art. 61 let. c LPGGA 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).

4. En l'espèce, le recourant remet en cause les conclusions de l'expertise du Centre R._____, sur lesquelles l'OAI s'est fondé pour retenir qu'il dispose d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle d'ébéniste, respectivement de 90 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, permettant de faire des pauses, sans mouvement d'accroupissement, sans position en porte-à-faux du tronc et sans port de charges de plus de 10 kg. Il fait pour l'essentiel grief à l'expert psychiatre de retenir divers diagnostics avec effet sur la capacité de travail, sans expliquer pourquoi les diagnostics en question n'influencent finalement pas la capacité de travail. Il se prévaut du rapport de l'expert privé J._____ faisant suite à un entretien du 6 décembre 2022, pour qui sa symptomatologie psychiatrique est majeure et se répercute sur la capacité de travail.

a) Le rapport du Centre R._____ du 29 août 2022 comprend un volet de médecine interne générale, investigué par le Dr N._____ (cf. rapport d'expertise du Centre R._____ du 29 août 2022, Annexe 1, p. 6 à 12). Celui-ci a retenu les diagnostics de condylomes récurrents au niveau anal et génital stade 1 et 2, de lichen scléreux atrophique anal, périanal et

au niveau du gland, de status après excision d'un schwannome intra-abdominal au niveau de la 11^{ème} côte à gauche en 2020 et de plusieurs œdèmes de Quincke sans trouvaille. Il a fait part de son évaluation du cas en ces termes :

« Au niveau de la médecine interne générale, l'expertisé présente un tabagisme actif avec toux et expectorations brunâtres qui ont déjà été investiguées sans trouvaille. Des épisodes d'œdèmes de Quincke investigués chez un allergologue sans trouvaille. Il présente des condylomes stade 1 et 2 récurrents au niveau scrotal et anal, excisés à plusieurs reprises par laser. Actuellement il présente de multiples dysplasies périanales de bas et haut grade avec un lichen scléreux atrophique anal et au niveau du gland, avec fissures anales et hémorroïdes surajoutées. Excision d'un schwannome au niveau intra-abdominal de la 11^{ème} côte à gauche en 2020, depuis il ressent des douleurs au niveau de la cicatrice avec sensation de blocage et crampes. »

L'expert a dès lors conclu à une capacité de travail préservée tant dans l'activité habituelle, en l'absence de limitation et de handicap, que dans une activité adaptée.

Cette appréciation est congruente avec les rapports des différents spécialistes ayant pris en charge le recourant. Elle apparaît motivée et convaincante. Le recourant ne formule d'ailleurs aucune critique en lien avec l'évaluation de sa situation sur le plan de la médecine générale.

b) Le rapport d'expertise comporte encore un volet de chirurgie orthopédique et traumatologie (cf. rapport d'expertise du Centre R. _____ du 29 août 2022, Annexe 2, p. 13 à 21), confié au Dr T. _____. Celui-ci a retenu les diagnostics de cypho-scoliose dorso-lombaire, d'arthrose débutante de l'articulation carpo-métacarpienne et métacarpophalangienne du 1^{er} rayon de la main droite avec cubitus court, d'ébauche d'arthrose radio-scaphoïdienne de la main gauche avec cubitus court, de gonalgies sur ébauche d'insertionite du tendon rotulien droit (plus que gauche) et d'arthrose tibio-tarsienne et sous-talienne débutante gauche avec tendinopathie et ténosynovite des péroniers. Alors que l'assuré rapportait des douleurs des mains, des poignets, au dos, aux genoux et au pied gauche évaluées entre 6 et 8/10, le Dr T. _____ a constaté que les examens, cliniques et radiologiques, ne montraient pas d'atteinte

majeure. A cet égard, l'expert a rapporté que son examen clinique avait mis en évidence une cypho-scoliose peu importante (scoliose de 12° selon Cobb) et une cyphose de 54° selon Cobb, une légère diminution de la flexion-extension du poignet gauche, une adduction radiale douloureuse à droite, une tabatière douloureuse à la palpation à droite plus qu'à gauche et une force de préhension normale à droite (36 kgf) mais moins bonne à gauche (26 kgf). L'examen clinique du genou droit et de la cheville droite ne montrait rien de particulier, tandis que celui de la cheville et du pied gauches révélait une ébauche de pied creux. Les IRM des mains, du genou droit et de la cheville gauche montraient des lésions dégénératives relativement modérées. Au vu de ces constatations, les plaintes de l'assuré paraissaient exagérées ou surestimées. Fondé sur ces éléments, l'expert a retenu que la position debout et en porte-à-faux étaient limitées dans le temps, qu'il existait une difficulté à se mettre à genou ou accroupi, et que le port de charges était limité à 10 kg. Sur le plan purement orthopédique, la capacité de travail avait toujours été totale dans toutes activités.

Ce volet de l'expertise apparaît motivé et convaincant. Le recourant ne formule au demeurant aucune critique en lien avec l'évaluation de sa situation sur le plan orthopédique.

c) Dans le volet neurologique de l'expertise (cf. rapport d'expertise du Centre R. _____ du 29 août 2022, Annexe 3, p. 22 à 26), l'expert G. _____ a retenu les diagnostics de status après cure de tunnel carpien bilatéral et de status après cure d'un schwannome en regard de la 11^{ème} côte gauche. L'expert a constaté que les opérations du tunnel carpien étaient d'évolution favorable, sans séquelle neurologique objective. Quant à l'ablation du schwannome, elle avait conduit à la persistance de douleurs costales, plus d'allure mécanique que neurogène, et de crampes. Ces douleurs persistaient et conduisaient à une baisse de rendement dès lors qu'elles imposaient à l'assuré de prendre des pauses. L'expert a conclu, au terme de son rapport ainsi que du complément du 3 octobre 2022, que l'assuré était capable de travailler à 50 % dans son activité habituelle d'ébéniste compte tenu d'une baisse de rendement et

d'endurance. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 90 %, plus précisément une pleine capacité avec une baisse de rendement de 10 %. Le Dr G._____ a précisé que le métier d'ébéniste était plutôt physique. Ainsi, le fait d'exercer cette activité réduirait la capacité de travail de l'assuré, dès lors que l'effort exacerberait la douleur, celle-ci passant de 3 à 7/10. Dans une activité adaptée, la douleur ressentie était légère et ne devrait pas compromettre l'accomplissement d'une tâche. La baisse de rendement de 10 % retenue était due au fait que la rapidité d'exécution des tâches pouvait être modérément réduite en raison des ressentis de l'assuré.

L'appréciation du Dr G._____ peut se voir conférer une pleine valeur probante, celle-ci étant détaillée et convaincante. Elle correspond par ailleurs aux constats du Dr D._____ (cf. rapport du 18 septembre 2020 à l'OAI) et du Dr H._____ (cf. rapport du 4 mars 2021).

d) aa) Le volet psychiatrique a été évalué par le Dr F._____ (cf. rapport d'expertise du Centre R._____ du 29 août 2022, Annexe 4, p. 27 à 36). L'expert a rapporté les diagnostics de trouble de personnalité, sans précision (F60.9) et de trouble anxieux, sans précision (F40.9), avec effet sur la capacité de travail, et ceux de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, utilisation nocive pour la santé, primaire, consommation actuelle de cannabis, consommation très occasionnelle d'alcool (F19.1) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), sans effet sur la capacité de travail. Il a fait les constatations suivantes :

« Nous retenons un trouble dépressif récurrent : existence d'un antécédent de dépression en 2014, totalement résolutif. Depuis 2018, il présente une rechute.

Il présente actuellement une humeur triste, une baisse d'élan vital, un pessimisme, des troubles de libido et du sommeil, une perte partielle d'intérêt. Il existe encore des idées suicidaires mais elles sont moins présentes qu'auparavant et non scénarisées. La plupart des symptômes sont d'intensité moyenne, sans véritable ralentissement psychomoteur. Il existe néanmoins une légère bradypsychie.

Nous ne trouvons pas d'éléments en faveur d'un trouble affectif bipolaire : absence d'antécédent de phase maniaque ou

hypomaniaque malgré un antécédent de trouble bipolaire chez son frère.

Nous retenons une personnalité assez complexe, marquée par le sentiment d'être victime de la société et de son entourage. Il a vécu un traumatisme dans son enfance, il a le sentiment d'avoir été totalement abandonné par son père et par sa mère. La gestion de son homosexualité a été très complexe car son père le voyait comme celui qui aurait pu sauver l'honneur de la famille. Il s'est donc senti coupable dès son plus jeune âge. Aujourd'hui, il a des difficultés dans le rapport aux autres et il préfère s'isoler, il ne projette pas dans l'avenir.

Il est un peu narcissique, il parle de son don pour la marqueterie et il s'est senti victime d'un mauvais jugement. Il a le sentiment d'avoir beaucoup aidé son entourage mais que cela n'a pas été reconnu comme tel. Il présente une méfiance excessive. Il dit avoir été victime d'un compagnon dont la famille était très haut placée et qu'il n'a pas pu faire valoir ses exigences vis-à-vis de lui. Il a en fait développé des mécanismes de défense pour éviter un effondrement narcissique. Il redoute de ne pas être à la hauteur de ce qu'il aimerait être.

Nous ne trouvons pas d'anxiété généralisée car il n'y a pas d'anxiété constante, flottante. Il n'y a pas de trouble panique : pas de véritable attaque de panique, avec sensation de déréalisation ou de dépersonnalisation. Il ne présente pas d'agoraphobie car il peut sortir seul de chez lui. En revanche, il existe un trouble anxieux, sans précision, marqué par quelques périodes d'angoisse, avec des difficultés d'adaptation aux situations nouvelles et à réaliser certaines activités. Il se préoccupe beaucoup de ses aspects somatiques mais on ne peut toutefois parler d'hypocondrie.

Nous retenons des antécédents de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool.

Actuellement ce problème est en partie résolu, selon ses dires. L'addiction peut être considérée comme légère selon le DSM-5. Il en est de même concernant des consommations très occasionnelles en cannabis. Il ne présente pas de signe de manque ni de troubles cognitifs en rapport avec ces consommations et celles-ci n'ont pas d'impact sur sa capacité de travail. »

Son évaluation « médico-assurantielle » est notamment libellée comme suit :

« Il a été suivi depuis février 2014 au centre [...] jusqu'en novembre 2015 par le Dr [...]. En novembre 2017, il a à nouveau été suivi au centre [...]. Depuis octobre 2018, il est suivi par le Dr X. _____, une fois par mois, et il voit une psychologue toutes les semaines, Madame [...]. En 2017, il a bénéficié de Sertraline (qu'il n'a pas supporté) puis de Fluoxétine (mal supporté également). Avant son hospitalisation de novembre 2019, il avait bénéficié d'un traitement très court par Haldol puis, par la suite, d'un traitement par Brintellix. Actuellement il prend de la Mirtazapine, ainsi que de la Paroxétine. Il prend, en plus, du Temesta. Ce traitement est adapté à son trouble dépressif moyen et à son trouble anxieux mais il semble peu efficace. Ce sont sans doute ses traits de personnalités qui empêchent la guérison. Les chances d'amélioration sont faibles avec un simple traitement médicamenteux. Il faut absolument qu'il

poursuive la psychothérapie qui seule pourra traiter ses traits de personnalité. »

S'agissant de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, le Dr F. _____ a relevé que l'assuré était capable de lire et avait plaisir à faire quelques activités.

L'expert a enfin indiqué ce qui suit s'agissant de la capacité de travail :

« La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici est de 100% depuis toujours, à l'exception de la période d'hospitalisation du 04.11 au 20.11.2019. Il existe certes une bradypsychie, une fatigue et une fatigabilité mais elles sont moyennes et insuffisantes pour empêcher une activité.

Son activité d'ébéniste correspond à une activité adaptée car il s'agit d'une activité maîtrisée qui ne nécessite pas de sollicitations intellectuelles majeures. Il ne doit pas être soumis à un rendement excessif et il doit pouvoir être valorisé dans son travail.

Nous considérons que le trouble anxieux, sans précision, est à l'origine de limitations fonctionnelles, tout comme le trouble de personnalité. Ces pathologies sont donc potentiellement incapacitantes.

Dans une activité maîtrisée, le trouble anxieux, sans précision, peut être surmonté mais il faudra en outre veiller à ce qu'il soit bien considéré dans son travail en raison de son trouble de personnalité. »

bb) A l'instar du recourant, on peut observer que l'appréciation du Dr F. _____ est peu motivée. Ce dernier s'est en effet limité, dans le cadre de son évaluation médicale, à résumer les rapports des différents médecins qui ont suivi le recourant sur le plan psychiatrique. Il n'expose toutefois pas les raisons qui le conduisent à nier toute répercussion sur la capacité de travail des diagnostics de trouble de la personnalité et de trouble anxieux, qu'il retient pourtant comme ayant un effet sur celle-ci. Il admet au demeurant que depuis 2018, le recourant présente une rechute de son trouble dépressif et note du reste que l'intéressé présente actuellement une humeur triste, une baisse d'élan vital, un pessimisme, des troubles de libido et du sommeil, et une perte partielle d'intérêt, ainsi que des idées suicidaires, toutefois « moins présentes qu'auparavant et non scénarisées ». Le Dr F. _____ constate également qu'il existe une bradypsychie, une fatigue et une fatigabilité, mais les estime moyennes et insuffisantes pour empêcher une activité. En dépit de ces constatations, le Dr F. _____ n'a pas fait compléter son

appréciation par un bilan neuropsychologique, lequel aurait pourtant été opportun. En effet, le fait qu'une activité ne soit pas « empêchée » ne signifie pas encore qu'il existe un plein rendement. Finalement, au vu de ces considérations, on peine à suivre l'expert lorsqu'il affirme que la capacité de travail a toujours été - sous réserve de la période d'hospitalisation - et demeure entière au plan psychiatrique dans toute activité.

A cela s'ajoute que le Dr F. _____ n'a pas compris ce qui était attendu de lui en termes d'évaluation de la cohérence et de la plausibilité comme en atteste le fait qu'il relève sous cette rubrique que l'expertisé est capable de lire et a plaisir à faire « quelques activités », alors qu'il évoque une perte totale d'intérêt. Or, lors de l'examen de la cohérence et de la plausibilité, il appartient à l'expert 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, notamment en les comparant avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). En l'occurrence, le constat de l'expert est en totale contradiction avec le descriptif d'une journée-type de l'assuré, lequel passe le plus clair de son temps chez lui, à dormir ou devant la télévision, mange de moins en moins, et sort uniquement pour faire des courses ou se rendre à des rendez-vous médicaux.

L'appréciation qui est faite de la consommation d'alcool du recourant interpelle également. L'expert relève avoir retrouvé au bilan biologique du 12 juillet 2022 un taux de CDT très élevé à 4,8 %, « témoignant d'une alcoolisation chronique » (expertise p. 32), mais il qualifie l'addiction comme légère selon le DSM-5 (expertise p. 33). Quant aux antécédents de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, l'expert estime que le problème n'est qu'« en partie résolu », et se fonde à cet égard uniquement sur les dires de l'expertisé. S'agissant des limitations fonctionnelles retenues, à savoir une activité maîtrisée, sans sollicitations intellectuelles majeures, sans rendement

excessif, avec valorisation dans le travail, il est douteux qu'elles n'aient, *prima facie*, aucune influence sur la capacité de travail. L'expert a également fait état des capacités, ressources et difficultés de l'assuré. Il a constaté que le recourant présentait des ressources limitées au niveau de sa flexibilité, de son adaptabilité, de sa persévérance, de la planification et la structuration des tâches, dans ses activités spontanées, dans ses rapports avec sa famille, et dans ses capacités à avoir un rapport privilégié avec les autres. L'expert a relevé que l'assuré vivait mal les changements qui étaient une source d'angoisse et pouvaient se présenter comme une manifestation anxiogène, qu'il avait des difficultés à structurer et planifier les tâches, comme en témoignaient ses difficultés à être concis dans son discours, qu'il avait des rapports catastrophiques avec sa famille et seulement quelques contacts avec des amis qu'il voyait toutefois de moins en moins, tout comme il rencontrait des difficultés à trouver une stabilité sentimentale. Au vu de ces constats, les ressources du recourant apparaissent abaissées.

L'appréciation du Dr F. _____ est par ailleurs contredite par celle du Dr J. _____, qui a relevé que l'assuré présentait une réelle perte de l'élan vital et de la motivation avec des troubles cognitifs, soit des troubles de la concentration et de la synthétisation/élaboration de la pensée tels que constatés après 45 minutes d'entretien. L'épuisement se décrivait tant dans le registre émotionnel que physique. L'humeur était perturbée par l'anhédonie, la difficulté à se projeter dans l'avenir, une dévalorisation personnelle et une anxiété marquée. La sévérité du trouble dépressif et l'intensité de l'angoisse étaient telles qu'elles se répercutaient sur l'apparence physique de l'assuré qui affichait des crispations et un effondrement émotionnel. A l'évaluation, l'assuré présentait ainsi un état dépressif sévère, avec une anxiété marquée, sur fond de personnalité pathologique. L'intéressé tendait à réprimer son ressenti affectif ; il en découlait une implosion émotionnelle et un effondrement sur soi de la structure psychique. Selon le Dr J. _____, cet élément pouvait faire craindre l'émergence d'une mélancolie. Les ruminations mentales présentées dominaient le tableau clinique et étaient à l'origine des difficultés de l'assuré. Elles étaient envahissantes, de nature anxieuse et

obsessionnelle. Les douleurs accentuaient le registre dépressif. Le Dr J._____ a indiqué que les symptômes rapportés par l'assuré étaient en adéquation avec ses observations et semblaient se répercuter sur le fonctionnement global. L'assuré n'avait plus aucun loisir, il était limité dans les activités ménagères et les tâches administratives, n'évoquait pas de vacances et n'avait aucune relation sociale en dehors de sa mère. Son appétit était fortement perturbé, avec une inappétence voire une anorexie. L'atteinte était donc uniforme dans tous les domaines de la vie et totalement incapacitante. Le Dr J._____ a encore suggéré de renforcer le traitement médicamenteux et ambulatoire.

Il apparaît que les observations du Dr J._____ diffèrent de celles de l'expert psychiatre. En tant qu'elles reposent également sur une analyse détaillée de la situation au regard des indicateurs, elles remettent en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert. Au demeurant, le Dr J._____ a bel et bien rapporté une situation aggravée, par rapport à celle observée par l'expert F._____. Le SMR ne pouvait ainsi pas considérer, comme il l'a fait dans son avis du 9 mars 2022, que cette majoration consistait seulement en une adaptation thérapeutique du traitement médicamenteux.

Vu ces éléments, il y a lieu de constater que l'examen psychiatrique effectué par le Dr F._____ ne fournit pas une analyse étayée et convaincante du cas, à l'aune des indicateurs imposés par la jurisprudence fédérale. Il n'est en outre pas possible de remédier aux défauts du rapport corrélatif, même en le confrontant aux autres rapports médicaux versés au dossier du recourant.

Dans ces conditions, il n'est pas possible d'accorder valeur probante au volet psychiatrique de l'expertise du Centre R._____, ni par conséquent de statuer sur le droit éventuel du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. L'analyse du SMR du 9 mars 2023, au demeurant rédigée par un médecin qui œuvrait pour le compte de Centre R._____ encore à la fin de l'année 2020, ne permet pas de remédier à l'absence

d'une appréciation médicale fouillée et convaincante au plan psychiatrique.

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3 ; TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, les lacunes du volet psychiatrique du rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre R. _____ justifient le renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, au besoin complétée par un examen neuropsychologique.

6. a) Partant, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'800 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 la partie intimée.

**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 10 mars 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et 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 à V._____ la somme de 1'800 fr. (mille huit cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Swiss Claims Network SA (pour V._____),
- 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 :

