

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 janvier 2025

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Berberat, juge, et Mme Silva, assesseure
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourant, représenté par Me Marine Girardin, à
Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 al. 1 et 3 LAI ;
88a RAI**

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant [...] en Suisse sans interruption depuis 1993, sans formation, marié et père de quatre enfants majeurs, a travaillé comme employé [...] depuis 1999 sur le domaine de la Ville de [...] à 100 %. Il a été licencié en décembre 2019 pour le 31 juillet 2020. A compter du 6 janvier 2020, il a présenté une incapacité de travail totale.

Le 10 décembre 2020, l'assureur perte de gain de l'employeur de l'assuré a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), remplie par l'intéressé le 2 décembre 2020, qui indiquait qu'il souffrait d'un trouble anxio-dépressif depuis le 1^{er} janvier 2020. Cet assureur a également transmis certains documents, dont notamment :

- différents rapports d'imagerie, dont notamment une radiographique de la colonne lombaire du 25 mai 2020 ;

- un rapport du 2 décembre 2020 dans lequel le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic de trouble dépressif depuis 2020 et attesté une incapacité de travail totale depuis le 6 janvier 2020. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a fait état d'une hypertension artérielle depuis 2011, d'une discopathie C5-C6 ainsi que d'une spondylarthrose L5-S1 depuis 2020.

Le Dr C._____ a transmis un rapport à l'OAI du 22 février 2021 dans lequel il a posé le diagnostic de trouble dépressif depuis 2020 avec des troubles du sommeil, cogitation et tristesse ainsi que des troubles somatiques sous la forme de lombalgies et cervicalgies sur spondylarthrose lombaire et discopathie C5-C6, tout en attestant une totale incapacité de travail depuis le 6 janvier 2020. A ce rapport étaient annexés des rapports de spécialiste ainsi que des rapports d'imagerie dont notamment un rapport du 18 décembre 2000 du Dr P._____,

spécialiste en rhumatologie et chef de clinique du Service de rhumatologie du Centre hospitalier N.____ (ci-après : Centre hospitalier N.____), posant le diagnostic de scapulalgies gauches d'origine indéterminée ainsi qu'un rapport relatif à un CT Scan (Computed Tomography) du sternum du 12 juillet 2016 concluant à une apophyse xiphoïde longue et bifide dirigée antérieurement sans fracture ou autre anomalie significative et sans anomalie du corps sternal.

La Dre H.____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante depuis juillet 2020, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) dans son rapport du 26 mai 2021 à l'OAI. Elle a fait état d'un pronostic réservé, son patient n'étant plus en mesure d'exercer son activité habituelle en raison de ses douleurs et affections physiques. Elle a relevé qu'il n'avait travaillé que comme [...] et que ses ressources d'adaptation au changement étaient limitées. La Dre H.____ a estimé qu'aucune activité n'était exigible. Elle a indiqué comme limitations fonctionnelles une symptomatologie anxiodépressive avec psychasthénie ainsi qu'une symptomatologie de cervicalgies et de lombalgies. Sous la rubrique « situation et symptômes médicaux actuels », elle a relevé ce qui suit :

« Même symptomatologie qui persiste avec ralentissement psychomoteur, angoisse intense, anhédonie et désarroi. Son humeur est dépressive. Se sent inutile dévalorisé, se décrit comme « dans une prison ». Présente des céphalées et des fourmillements dans la tête et rapporte des cervicalgies et des lombalgies qui l[e] handicapent au quotidien. Par ailleurs, il mentionne également une perte de poids. Insomnies avec cauchemars, cris et sursauts. Rapport de idées noires, « se jeter sous un train pour en finir ».

Dans son rapport à l'assureur perte de gain du 8 juin 2021, le Dr C.____ a posé les mêmes diagnostics que dans son précédent rapport et a indiqué qu'il n'y avait pas d'amélioration au niveau de la symptomatologie. Il a précisé que la démotivation et l'aboulie étaient plus prononcées. Il a attesté une incapacité de travail totale depuis le 6 janvier 2020 dans l'activité habituelle et a indiqué qu'il était difficile de se prononcer quant à une activité adaptée.

Le 6 août 2021, l'assureur perte de gain a transmis une copie de son dossier à l'OAI contenant notamment un rapport d'expertise psychiatrique confiée à la Dre A._____. Dans son rapport du 30 mars 2021, cette médecin a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21) et celui sans incidence sur la capacité de travail de phobies spécifiques d'intensité légère, acrophobie et claustrophobie (F40.2). Elle a exposé que l'assuré, homme frustré et sans formation professionnelle, qui avait toujours travaillé à l'extérieur, avait vu sa vie bouleversée, ne comprenant pas ce qui lui arrivait et se sentant perdu. Il avait développé, en janvier 2020, une symptomatologie anxiodépressive réactionnelle à la suite de son licenciement, vécu comme une injustice, accompagnée de troubles du sommeil et de l'appétit avec une perte de poids d'environ 10 kg. Cette symptomatologie justifiait une incapacité totale de travail depuis le 6 janvier 2020. Tout en retenant un pronostic défavorable, la Dre A._____ a indiqué qu'une amélioration de l'état de santé de l'assuré était possible dans un délai de un à trois mois. Elle a précisé qu'il était nécessaire de demander un nouveau rapport au psychiatre traitant, voire une nouvelle évaluation psychiatrique. Elle a enfin retenu les limitations fonctionnelles suivantes : tristesse, blessure narcissique, trouble du sommeil et diminution des ressources d'adaptation au changement.

Dans son rapport à l'OAI du 24 février 2022, la Dre H._____ a à nouveau posé le diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et indiqué qu'il n'y avait pas d'amélioration de l'état de santé. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, elle a relevé que son patient n'avait travaillé que comme [...] et que ses ressources d'adaptation au changement étaient très limitées. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « Colère et agitations anxieuses avec isolement. Fatigue importante tant psychique que physique avec insomnies et cauchemars. Céphalées, cervicalgies et lombalgies qui l[e] handicapent au quotidien ; déplacements lents et douloureux ». Elle a enfin indiqué que l'assuré était en procédure juridique avec son ancien employeur.

Par avis du 19 avril 2022, la Dre T._____, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a relevé qu'il était difficile de comprendre l'absence d'évolution après plus de deux ans, dans le contexte d'une atteinte réactionnelle, sans modification de la prise en charge (suivi peu intense, même médication). S'ajoutaient à la symptomatologie dépressive de nombreuses plaintes algiques, sur une base organique (légers troubles rachidiens statiques et dégénératifs), non incapacitantes selon son généraliste, mais impactant néanmoins son quotidien selon sa psychiatre. La Dre T._____ proposait donc la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets psychiatrique, rhumatologique (ou de médecine physique et réadaptation) et de médecine interne, qui devrait en particulier poser des diagnostics clairs, estimer leur caractère incapacitant ou non, évaluer la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée avec évolution chronologique depuis janvier 2020 et proposer des alternatives thérapeutiques et leur exigibilité.

Une expertise pluridisciplinaire a ainsi été confiée au le Centre X._____ de [...] (ci-après : le le Centre X._____). L'assuré a été examiné le 30 août 2022 par le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, le 6 septembre 2022 par la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le 7 septembre 2022 par le Dr S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans leur rapport du 20 octobre 2022 à l'OAI, ces médecins ont posé les diagnostics de dysthymie, apparue dans les suites d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, caractérisée par une perte d'espoir, une diminution de l'énergie, une perte de confiance en soi et un pessimisme (F34.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant, ancien, retenu en raison de l'existence de plaintes douloureuses non limitantes, en l'absence de processus pathologique somatique identifiable (F45.4), de majoration de symptômes pour raisons psychologiques (F68.0), de rachialgies non spécifiques, de perte de l'œil droit en 1974 suite à l'explosion d'une mine, d'ablation d'un polype hyperplasique rénal (2014), d'hypertension artérielle traitée depuis deux-trois ans et de kyste rénal connu depuis

deux-trois ans. Ils ont estimé que la capacité de travail globale de l'assuré était entière, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 10 à 20 % initialement, pendant environ un mois, en raison du déconditionnement psychique. Ils ont encore relevé que la capacité de travail avait été nulle pour motif psychiatrique de janvier 2020 à mars 2021 et qu'elle était de 80 % à 90 % depuis mars 2021.

Dans un avis du 7 novembre 2022, la Dre T. _____ du SMR a conclu que, sur le plan somatique, l'expertise répondait en grande partie aux critères de qualité requis et ne retenait pas d'atteinte incapacitante, ce qui pouvait être suivi. Sur le plan psychiatrique, plusieurs points devaient être précisés avant de pouvoir suivre les conclusions.

Le 15 novembre 2022, la Dre J. _____ a complété son expertise comme suit :

« 1. Vous retenez le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant TSD sur la base de douleurs dont l'intensité n'est pas explicable sur le plan somatique tout en relevant que les plaintes douloureuses ne génèrent pas de détresse psychique significative. Le sentiment de détresse engendré par la douleur persistante est pourtant à la base des critères diagnostics du TSD selon la CIM 10 et donc essentiel à sa validation. Confirmez-vous le TSD ? Si oui, merci de l'argumenter et d'analyser son caractère incapacitant ou non selon les critères de gravité jurisprudentiels usuels.

Le diagnostic, non incapacitant de TSD a été retenu sur la base de l'existence de plaintes somatiques non expliquées, pouvant cependant participer à la chronicisation du trouble de l'humeur. Il est également bien noté dans le rapport d'expertise psychiatrique que l'on ne pouvait formellement éliminer une majoration des troubles pour raisons psychiques, ici les traits de personnalité passive dépendante, devant cet assuré possiblement majorant et à la compliance médicamenteuse douteuse.

Quant à l'analyse des critères jurisprudentiels permettant ou non de retenir une incapacité de travail, elle se fait de manière globale et pas diagnostic par diagnostic, ce qui a été fait au travers de l'examen des limitations fonctionnelles et ressources de l'assuré au chapitre 7.2.

2. Vous citez l'expertise psychiatrique de mars 2021 sans la discuter/argumenter, en validant l'IT qui y est reconnue de janvier 2020 à mars 2021. Validez-vous le diagnostic initial de trouble d'adaptation, réaction dépressive prolongée ?

L'expertise de mars 2021 apparaît valide et cohérente. Elle a été analysée et discutée au point 6.2 du rapport d'expertise psychiatrique. Le diagnostic retenu par la psychiatre experte n'a pas de raison d'être contesté au moment où cette expertise a été réalisée. Il est expliqué que ce trouble apparaît chronicisé depuis, sous forme de dysthymie.

Cette chronicisation peut être expliquée par la probable mauvaise compliance médicamenteuse de l'assuré.

3. Si oui, depuis quelle date le diagnostic évolue en dysthymie (dans l'expertise de mars 2021 les nombreuses plaintes étaient en partie objectivées dans le sens d'un léger ralentissement, une humeur triste mais il n'y avait pas de troubles cognitifs, de fatigabilité, d'anhédonie, ...)

S'agissant d'une pathologie chronicisée, il est évident que le processus est un processus continu et non soudain, comme il pourrait s'agir par exemple de l'apparition d'une infection.

Il a ainsi très probablement débuté dans les suites de l'expertise de mars 2021, le seul document postérieur datant de février 2022 et émanant de la psychiatre traitante confirmant une absence d'amélioration, et donc par définition d'une chronicisation.

4. Vous validez l'IT admise par l'expertise de mars 2021 mais qui restait pourtant totale au moment de l'expertise avec récupération projective d'une pleine CT en 1-3 mois. Comment valider les conclusions de l'expertise tout en concluant à une pleine capacité de travail depuis celle-ci (mars 2021) ?

Comme expliqué au point 3 cette expertise est apparue valide selon l'APG qui en était à l'origine, ce qui est confirmé par l'analyse du rapport lors de l'entretien expertal de septembre 2022. En l'absence d'autres éléments documentaires probants, les dates fournies par ce rapport d'expertise ont été retenues. La CT était donc entière selon les dates retenues par l'experte.

5. La dysthymie peut être retenue quand il n'y a pas de critères suffisants pour retenir un épisode dépressif, même léger, ici l'assuré rapporte une tristesse de l'humeur permanente, perte de plaisir et d'intérêt y compris pour sa famille, une fatigue permanente, avec perte complète de force physique, des troubles de l'estime de soi, des idées noires plus ou moins scénarisées, des troubles de la concentration qu'il ne peut décrire, des troubles du sommeil, une perte d'appétit avec perte poids... merci d'argumenter l'absence de trouble dépressif constitué et le diagnostic final de dysthymie.

La dysthymie est également caractérisée par une chronicisation de plaintes dépressives « période d'au moins deux années de dépression constante ou constamment récurrente », ce qui est évidemment le cas ici.

Outre l'analyse des plaintes, il convient ainsi de tenir compte de cette temporalité, ainsi que des données objectives de l'examen clinique. Or ici, nous sommes également face à un assuré démonstratif et possiblement majorant, les seules plaintes ne peuvent donc pas être retenues comme uniques critères diagnostiques.

6. Merci d'évaluer le caractère incapacitant ou non de cette dysthymie sur la base des critères de gravité jurisprudentiels usuels (à détailler).

Comme expliqué plus haut, l'analyse des critères jurisprudentiels se fait sur un examen global, et donc pas diagnostic par diagnostic. On considère ainsi un individu dans son ensemble, sachant qu'il peut exister des diagnostics comorbides qui s'influencent mutuellement sur leur prise en charge, leur évolution et leur pronostic.

Les ressources analysées au point 7.2 s'attachent donc au fonctionnement global de l'assuré, ce qui est demandé. Elles mettent en évidence des difficultés exécutives anciennes, qui n'ont pas précédemment altéré l'insertion sociale et professionnelle. Il n'a donc pas été relevé de perte récente de ressources qui justifierait actuellement une incapacité durable. (...) »

Dans un rapport d'examen SMR du 1^{er} décembre 2022, la Dre T. _____ a retenu une incapacité de travail totale du 6 janvier 2020 à mars 2021, puis une capacité de travail complète dès avril 2021 avec une récupération progressive sur trois mois en raison du déconditionnement. Elle a expliqué ne pas retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant dans la mesure où les plaintes douloureuses ne généraient pas de détresse psychique significative et que le comportement algique dépassait les constatations objectives organiques, étant plutôt en lien avec la majoration des symptômes.

Par projet de décision du 7 décembre 2022, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente d'invalidité du 1^{er} juin au 30 juin 2021 reconnaissant que le droit potentiel à la rente était né en janvier 2021, mais que la demande, déposée le 2 décembre 2020, était tardive, si bien que la rente ne pouvait lui être allouée qu'à partir du 1^{er} juin 2021. Dans la mesure où une pleine capacité de travail lui était reconnue dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée depuis le 1^{er} avril 2021, le droit à la rente s'éteignait le 30 juin 2021, à savoir trois mois après l'amélioration de la capacité de travail.

Par courrier du 23 janvier 2023, l'assuré, désormais représenté, a formulé ses objections au projet de décision précité en mettant en doute la valeur probante de l'expertise du 20 octobre 2022 et de son complément du 15 novembre 2022.

Dans un avis du 9 février 2023, la Dre T._____ du SMR a pris position sur les objections de l'assuré et a conclu au maintien des conclusions du rapport SMR du 1^{er} décembre 2022. Elle a indiqué que si l'expertise du le Centre X._____ n'était pas parfaite sur le plan psychiatrique, les défauts soulevés avaient été corrigées en grande partie par le complément du 15 novembre 2022.

Par courrier du 13 février 2023, l'OAI a informé l'assuré que ses arguments, soumis au SMR, n'apportaient pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, son projet reposant sur une instruction complète sur le plan médical et économique.

Par décision du 14 avril 2023 confirmant son projet du 7 décembre 2022, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} au 30 juin 2021.

B. Par acte du 15 mai 2023, W._____, représenté par Me Marine Girardin, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui était allouée dès le 1^{er} juillet 2021 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause pour complément d'instruction médicale et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il a remis en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du le Centre X._____ en faisant valoir que le rapport d'expertise figurant au dossier AI était incomplet, l'expert de médecine interne ayant omis l'existence d'une apophyse xiphoïde longue et bifide orientée vers l'avant et ayant mal examiné ses ressources en retenant qu'elles semblaient présentes, sans développer davantage cette question. S'agissant du volet de médecine physique et réadaptation, sa valeur probante était remise en cause pour un manque de motivation quant aux rachialgies rapportées. Quant à l'expertise psychiatrique et son complément, l'anamnèse réalisée était indûment prise en considération par l'experte, qui n'avait en outre pas abordé la question du diagnostic d'état dépressif, l'examen des ressources était erroné et les diagnostics et la capacité de travail retenus étaient insuffisamment motivés. Ensuite,

l'avis de l'experte psychiatre était contredit par l'appréciation des Drs A._____, C._____ et H._____. Enfin, cette experte doutait de manière infondée du respect de la prise médicamenteuse d'antidépresseurs. A titre de réquisitions, le recourant a demandé la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (médecine interne, médecine physique et réadaptation et psychiatrie) ainsi qu'un second échange d'écritures. A l'appui de son recours, il a notamment produit un rapport du 21 février 2023 de la Dre H._____ dans lequel elle a indiqué que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et semblait difficile dans une activité adaptée, le recourant n'ayant travaillé que comme [...] et ses ressources d'adaptation étant limitées. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « une souffrance et une fatigue physique et psychique, son moral est sur le versant dépressif, il est en colère et limité par sa symptomatologie douloureuse. Il rapporte des insomnies avec réveils fréquents avec des cauchemars et une asthénie diurne. Il décrit des céphalées, des cervicalgies et lombalgies qui l[e] handicapent au quotidien. Ses déplacements sont lents et douloureux. Son épuisement psychique est notable avec angoisses permanentes et des ruminations anxieuses et fantasmes de mort ». Elle a encore indiqué que le recourant comptait comme seule ressource sa famille proche. Il s'isolait, n'avait pas d'interactions sociales et ne sortait que très peu. Il n'effectuait aucune activité de loisir, hormis de petites promenades avec son épouse lorsque celle-ci, également souffrante, pouvait le faire. Elle a précisé que le diagnostic était défavorable, compte tenu de la chronicisation de la maladie et du déconditionnement.

Dans sa réponse du 26 juin 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée en renvoyant aux avis SMR du 9 février 2023 et du 19 juin 2023. Selon ce dernier avis de la Dre T._____, produit en annexe, le rapport du 21 février 2023 de la Dre H._____ était superposable à celui du 24 février 2022 pris en compte par l'expertise du le Centre X._____ du 20 octobre 2022, le seul changement étant un nouveau traitement phytothérapeutique à visée anxiolytique qui ne saurait justifier à lui seul une aggravation médicale.

Par réplique du 16 août 2023, le recourant a, à nouveau, mis en doute la force probante de l'expertise du le Centre X._____, en alléguant que seule la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire permettrait de clarifier les atteintes dont il souffrait. Il a produit en annexe un rapport du 3 avril 2023 du Dr Q._____, spécialiste en neurologie et médecin agréé au Service de neurologie du Département des neurosciences cliniques du Centre hospitalier N._____, posant le diagnostic de tremblement de posture et d'action bilatéral prédominant du côté droit, évoluant depuis 2020 évoquant un tremblement essentiel. Le recourant a également transmis un rapport de la Dre H._____ du 15 août 2023 dans lequel elle a relevé qu'il souffrait d'une pathologie psychiatrique qui s'était chronicisée avec une aggravation durable de son état de santé psychique par une dépression en fluctuation de moyenne à sévère sans rémission. Une adaptation de son traitement était en cours et il y avait une péjoration et une émergence de trouble neurologique (tremblement de posture) avec une intensification des douleurs de tout l'appareil locomoteur, les troubles étant associés à une quête médicale pour diminuer les tremblements. La Dre H._____ a encore précisé que l'aggravation de la santé somatique du recourant s'était révélée un puissant déstabilisateur de sa santé psychique avec un désespoir et une perte totale de confiance en soi avec une détérioration de la situation psycho-sociale et des idées suicidaires fluctuantes sous forme de fantasme de mort. Selon elle, le recourant était en incapacité totale d'une reprise de travail dans une économie libre et le pronostic d'une amélioration significative de l'état de santé était réservé.

Dans sa duplique du 26 septembre 2023, l'intimé a indiqué que, sur le plan psychiatrique, aucun élément objectif nouveau n'était amené qui serait de nature à modifier ses conclusions quant à la capacité de travail. Du point de vue somatique, l'état de santé du recourant avait possiblement évolué entre la date de l'expertise et celle de la décision entreprise mais les renseignements amenés ne permettaient cependant pas de savoir si la capacité de travail était influencée et cela de façon durable. Ainsi, une éventuelle diminution durable de la capacité de travail survenue à une date à fixer entre septembre 2022 et fin mars 2023 ne

pourrait ouvrir le droit à une possible rente qu'au plus tôt en septembre 2023, soit postérieurement à la date de la décision attaquée. A l'appui de son écriture, l'OAI a produit un avis de la Dre T._____ du SMR du 14 septembre 2023 dans lequel elle a conclu que le tremblement décrit et objectivé en 2022 n'impactait pas la capacité de travail dans l'activité habituelle comme retenu par les experts dans leur rapport d'expertise du 20 octobre 2022. Le tremblement avait depuis été évalué par le service spécialisé du Centre hospitalier N._____ en mars 2023 dont la description montrait qu'il s'était possiblement aggravé depuis l'expertise et pourrait justifier des limitations fonctionnelles. Ce tremblement pouvait aussi être un effet secondaire du Surmontil et pourrait donc disparaître à l'arrêt de ce médicament. La Dre T._____ a ajouté qu'il n'y avait donc aucune preuve que ce tremblement justifierait une incapacité de travail durable et qu'il conviendrait d'interroger spécifiquement le Dr Q._____.

Par déterminations du 19 octobre 2023, le recourant a allégué que le rapport du 15 août 2023 de la Dre H._____ établissait l'existence d'une aggravation de son état de santé psychiatrique et permettait valablement de douter du bien-fondé des conclusions de l'expertise du le Centre X._____. Quant à l'appréciation médicale du Dr Q._____, elle objectivait l'existence d'un diagnostic non pris en compte par les experts du le Centre X._____ et permettait donc fortement de douter de la valeur probante de leurs conclusions.

C. Le 7 novembre 2023, la juge instructrice a posé les questions suivantes au Dr Q._____ :

« 1) Quels diagnostics retenez-vous ?

2) Le tremblement mentionné dans votre rapport d 3 avril 2023 a-t-il un caractère incapacitant ?

3) Quelle est la capacité de travail du patient en lien avec cette atteinte, dans son activité habituelle d'employé [...], respectivement, le cas échéant, dans un activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ? Quelles sont ses limitations fonctionnelles ? Ses limitations fonctionnelles sont-elles durables ou non ?

4) Depuis quand l'atteinte existe-t-elle ? Depuis quand, le cas échéant, a-t-elle selon vous une influence sur la capacité de travail ?

5) Avez-vous revu le patient à la suite de la consultation du 27 mars 2023 ayant donné lieu à la rédaction du rapport du 3 avril 2023 ? Dans l'affirmative, nous vous remercions de nous communiquer les rapports postérieurs à celui du 3 avril 2023. »

Le 21 décembre 2023, le Dr Q. _____ a adressé au tribunal une copie de son rapport du 2 octobre 2023 au Dr C. _____ faisant suite à une consultation du 24 juillet 2023.

L'OAI s'est déterminé le 1^{er} février 2024 en relevant que les éléments amenés n'allaient pas dans le sens d'une probable influence négative sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, en tout cas jusqu'à la date de la consultation du 24 juillet 2023, postérieure à celle de la décision entreprise. Il a joint à son envoi un avis de la Dre T. _____ du SMR du 25 janvier 2024, selon lequel le rapport de consultation du Dr Q. _____ rapportait une légère amélioration des tremblements, des traitements encore en cours de modification, un assuré qui restait capable de tout faire au quotidien et qu'il semblait peu probable que les tremblements impactaient sa capacité de travail médico-théorique dans son activité de référence d'ouvrier [...].

Le recourant s'est quant à lui déterminé le 15 mars 2024 sur le rapport du Dr Q. _____ du 2 octobre 2023 tout en produisant un nouveau rapport du ce médecin du 11 mars 2024 dans lequel il posait le diagnostic de « Tremblement essentiel avec tremblement de posture et d'action bilatéral prédominant du côté droit, évoluant depuis 2020 ». Il a également indiqué qu'à l'examen neurologique, il y avait toujours un tremblement de posture et d'action bilatéral prédominant du côté droit avec l'impossibilité de boire avec la main droite dans un verre et une spirale d'Archimède qui était tremblée des deux côtés. Le recourant a également produit un rapport de radiographie de la colonne cervicale et de la colonne lombaire du 7 mars 2024 du Dr F. _____, spécialiste en radiologie, arrivant à la conclusion suivante : « Arthrose cervicale centrée sur C5-C6. Uncarthrose C5 et C6 des deux côtés. Cet examen n'exclut pas un rétrécissement foraminaux. Au niveau de la colonne lombaire,

platyspondylie de L3, L4 et L5 : canal lombaire étroit constitutionnel ? Arthropathie facettaire postérieure aux derniers étages. Pas de signe pour une atteinte perméative ». Le recourant a fait valoir que ces résultats d'imagerie montraient des lésions objectivables dont une affection congénitale pouvant expliquer les douleurs cervicales et lombaires.

Par déterminations du 15 avril 2024, l'intimé a confirmé que la problématique neurologique ne pouvait avoir aucune influence sur la décision entreprise au moment où elle avait été notifiée, à savoir le 14 avril 2023, mais qu'elle pourrait être examinée dans le cadre d'une éventuelle nouvelle demande de prestations à déposer auprès de leur office accompagnée des pièces médicales y relatives. Au niveau radiologique, les éléments amenés ne remettaient par ailleurs pas en cause ses conclusions quant à la capacité de travail à retenir. A l'appui de son écriture, il a produit un avis du 8 avril 2024 de la Dre T. _____ du SMR indiquant que l'amélioration des tremblements déjà rapportée en juillet 2024 se poursuivait avec les modifications thérapeutiques mais de manière insuffisante et que le recourant resterait, de manière fluctuante, toujours très impacté par ceux-ci dans son autonomie tout en étant capable de tout faire selon le rapport du 24 juillet 2023 et qu'un traitement par ultrason était préconisé. Au plan radiologique, les troubles dégénératifs cervico-lombaires (habituels à cet âge et déjà décrits) et la visualisation de platyspondylie lombaire (origine congénitale, pourtant non signalée aux radiographies du 25 mai 2020) ne remettaient pas en cause les conclusions du rapport d'examen SMR du 1^{er} décembre 2022. La Dre T. _____ a conclu en disant que la problématique neurologique n'avait pas de caractère incapacitant jusqu'à en tout cas l'expertise de 2022 et que les tremblements s'étant possiblement aggravés, il conviendrait qu'un neurologue estime leur caractère incapacitant comme employé [...] depuis septembre 2022.

Le recourant s'est encore exprimé par déterminations du 24 mai 2024 et a fait valoir que les tremblements étaient présents depuis 2020, à savoir bien antérieurement à l'expertise d'octobre 2022. A cet égard, il a produit un rapport du 23 mai 2024 des Drs B. _____,

spécialiste en neurologie, et Z._____, respectivement médecin adjointe agrégée responsable d'unité et médecin interne du Département des neurosciences cliniques des Hôpitaux [...], posant le diagnostic de tremblement essentiel « Plus » avec tremblement de repos et indiquant que le tremblement était apparu en 2020 après le licenciement du recourant. Ils ont précisé que le tremblement s'aggravait lorsque le recourant était énervé ou présentait une charge émotionnelle. Le tremblement le gênait pour écrire, boire, manger, se raser, se couper les ongles et se laver. Il était également gêné socialement. Ils ont encore ajouté qu'il était pharmaco-résistant et invalidant pour le recourant qui avait déjà essayé le propranolol et la primidone et qu'il n'y avait pas d'argument pour une origine fonctionnelle.

L'intimé a confirmé sa position par écriture du 24 juin 2024 et a produit un avis de la Dre T._____ du SMR du 6 juin 2024 dans lequel il était indiqué que la problématique neurologique (tremblement de posture et d'action bilatéral prédominant à droite) n'avait pas de caractère incapacitant jusqu'à en tout cas l'expertise de 2022 et que les tremblements s'étaient vraisemblablement aggravés et impactaient le recourant au quotidien depuis une date postérieure à définir.

E n d r o i t :

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

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

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

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à mettre un terme au 30 juin 2021 à la rente entière accordée au recourant à compter du 1^{er} juin 2021.

3. 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, ce qui est le cas en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Les dispositions légales ci-dessous seront donc mentionnées dans leur version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

e) 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).

5. **a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne

examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

d) 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 remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9G_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2021 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une

opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

e) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

6. En l'espèce, l'OAI a octroyé au recourant une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, à savoir du 1^{er} au 30 juin 2021, suivant les conclusions de l'avis du SMR du 1^{er} décembre 2022, lui-même basé sur les conclusions du rapport d'expertise du le Centre X. _____ du 20 octobre 2022 et de son complément du 15 novembre 2022. Dans le cadre de leur analyse, les experts ont retenu que la capacité de travail du recourant était entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 10 à 20 % pendant environ un mois en raison du déconditionnement psychique.

a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 20 octobre 2022 satisfait aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré le recourant et rédigé un rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus du 4 octobre 2022 qui a fait l'objet d'un rapport de synthèse dans lequel les experts ont conjointement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. Chaque expert a étudié et détaillé les pièces médicales à sa disposition et procédé chacun à un examen personnel du recourant. Les experts ont fondé leur appréciation sur le dossier médical du recourant transmis par l'OAI auquel ont été

ajoutés des examens radiologiques et des analyses en laboratoire qui ont été intégralement examinés. Chaque expertise spécialisée reprend la même structure et contient en premier lieu une synthèse du dossier (ch. 2), une anamnèse étendue (personnelle, familiale, socioprofessionnelle) établie par l'expert sur la base de son entretien avec le recourant qu'ils ont notamment interrogé sur ses traitements, habitudes de vie et déroulement d'une journée habituelle (ch. 3). Les experts ont ensuite protocolé les constatations faites à l'occasion de leur examen respectif (ch. 4) et posé leurs diagnostics (ch. 6). Ils ont donné leur évaluation de la situation médicale et médico-assurantielle, incluant une évaluation de l'évolution s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation et chances de guérison, ainsi qu'une appréciation des capacités, des ressources et des difficultés du recourant (ch. 7) avant de répondre aux questions du mandant (ch. 8).

b) aa) Sur le plan de la médecine interne, l'expert L. _____ a posé les diagnostics de perte de l'œil (1974), d'ablation d'un polype hyperplasique rectal (2014), d'une hypertension artérielle traitées depuis deux-trois ans et d'un kyste rénal connu depuis deux-trois ans. Il n'a retenu aucun élément incapacitant, la capacité de travail étant entière depuis toujours dans tous les types d'activité. Il a indiqué que les plaintes essentielles étaient situées dans la sphère ostéoarticulaire sous forme de douleurs dans le dos et les articulations (cf. p. 10 du volet de médecine interne du rapport d'expertise du 20 octobre 2022). Le recourant s'est toutefois plaint de ce que toutes ses atteintes à la santé n'auraient pas été prises en considération sur le plan de la médecine interne. Il a en particulier relevé le fait qu'il était atteint d'une apophyse xiphoïde longue et bifide orientée vers l'avant (cf. p. 3 du recours du 15 mai 2023). Or le rapport du CT Scan du sternum du 12 juillet 2016, qui a conclu à l'existence de cette excroissance, figure dans la synthèse du dossier prise en compte par l'expert dans le cadre de son examen du cas (cf. p. 5 du volet de médecine interne du rapport d'expertise du 20 octobre 2022) et rien ne permet d'affirmer, comme l'a soutenu le recourant, que l'expert n'en aurait ensuite pas tenu compte. Cet élément n'a en l'occurrence pas été rementionné dès lors qu'il était sans effet sur la capacité de travail, ce

que le médecin traitant du recourant lui-même n'a pas contesté. Quant à l'argument du recourant selon lequel l'expert aurait mal examiné ses ressources, il reste que, sans nier l'importance de l'examen des ressources dans le cadre de l'examen de médecine interne, cette question incombe pour l'essentiel à l'experte psychiatre. On ne peut dès lors pas voir, comme l'a plaidé le recourant, une défaillance du volet de médecine interne pour le seul motif que l'expert aurait relevé que les ressources « sembl[ai]ent présentes ».

bb) Sur le plan de la médecine physique et réadaptation, le recourant a fait valoir que le rapport d'expertise manquait de motivation quant aux rachialgies. Or celles-ci ont bien été prises en compte. En effet, l'expert S._____ a examiné la statique rachidienne, le rachis dorso-lombaire ainsi que le rachis cervical. Il a indiqué que les limitations physiques décrites par le recourant étaient bien supérieures à ce que ne le voudraient les lésions objectives qui étaient très peu significatives. Il a expliqué qu'au niveau cervical il s'agissait principalement de troubles statiques qui étaient déjà notés lors de la consultation rhumatologique du 18 décembre 2000 et qui étaient probablement un peu plus prononcés avec l'apparition d'une banale discopathie C5-C6 débutante. L'expert a précisé que les images radiologiques n'étaient pas suffisantes pour expliquer l'importante limitation et qu'il fallait également noter que tout l'environnement musculaire était sensible, probablement dans le cadre d'une sensibilisation centrale à la douleur. Selon l'expert, il en allait de même au niveau du rachis lombaire avec des radiographies sensiblement normales. L'expert S._____ a ainsi indiqué comme diagnostic des rachialgies non spécifiques en expliquant que la discopathie C5-C6 débutante et les troubles statiques du rachis cervical n'étaient pas source de limitations objectives et qu'ils étaient déjà signalés en décembre 2000 lors de la consultation rhumatologique. Il en allait de même au niveau lombaire où il n'y avait quasiment pas de lésions objectives alors que subjectivement le recourant se pensait gravement atteint dans le cadre d'un processus d'invalidation (pp. 17-18 du volet de médecine physique et réadaptation du rapport d'expertise du 20 octobre 2022).

c) Au plan psychiatrique, le recourant a remis en cause la valeur probante du rapport de la Dre J._____ du 20 octobre 2022 et de son complément du 15 novembre 2022, en faisant valoir que l'anamnèse réalisée avait indûment été prise en considération, que la question du diagnostic d'état dépressif n'avait pas été abordée, que l'examen des ressources était erroné et que les diagnostics et la capacité de travail retenus étaient insuffisamment motivés.

Dans le rapport du 20 octobre 2022, la Dre J._____ a retenu, comme diagnostics non incapacitants, une dysthymie (F34.1), apparue dans les suites d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, caractérisée par une perte d'espoir, une diminution de l'énergie, une perte de confiance en soi et un pessimisme, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), ancien, retenu en raison de l'existence de plaintes douloureuses non limitantes, en l'absence de processus pathologique somatique identifiable et une majoration des symptômes pour raisons psychologiques (F68.0). Elle a attesté une capacité de travail entière dans tout type d'activité avec une baisse de rendement de 10 à 20 %, dans un premier temps, en raison de la dysthymie persistante et du déconditionnement, avec une possibilité de retour à 100 % après un mois. Elle a indiqué que la capacité de travail avait été nulle de janvier 2020 à mars 2021, à savoir jusqu'à l'expertise psychiatrique, validant ainsi l'incapacité de travail totale attestée par la Dre A._____ depuis le 6 janvier 2020. Il faut déjà constater à ce stade que retenir la date du 1^{er} avril 2021, soit deux jours après la reddition du rapport d'expertise de la Dre A._____, comme début de l'amélioration de la capacité de travail, ne paraît pas réaliste, étant rappelé que cet élément entraîne la fin du versement de la rente d'invalidité au 30 juin 2021. En effet, au 30 mars 2021, la Dre A._____ a estimé que la capacité de travail était nulle pour « une durée indéterminée ». A cet égard, on relèvera que la Dre H._____, que le recourant consulte depuis le 22 juillet 2020, a quant à elle exclu toute amélioration de son état de santé, rappelant au demeurant que le recourant était en procédure juridique contre son ancien employeur, ce qui démontrait au besoin que

l'assuré « n'avait pas tourné la page » (cf. rapports des 26 mai 2021 et 24 février 2022). Ensuite, si l'aspect démonstratif était mentionné dans l'expertise de la Dre A. _____ du 30 mars 2021 (cf. p. 11), on ne retrouve pas, au point 4 du rapport d'expertise de l'experte J. _____, des éléments allant dans le sens de cet aspect démonstratif, alors qu'on en retrouve plusieurs allant à l'encontre de cette hypothèse. Ainsi, sous point 4.1, le recourant était décrit comme très calme et adapté, sa verbalisation étant rarement spontanée et donc adaptée. Les réponses aux questions étaient rapides et paraissaient authentiques, le registre lexical étant suffisamment riche (cf. p 15). Sous point 4.3, il est indiqué que le recourant apparaissait peu réactif. Ces constatations paraissent peu compatibles avec une personne démonstrative, alors même que l'experte a retenu que le comportement du recourant, lors des examens, était « probablement démonstratif » et « possiblement majorant », sans que l'on comprenne finalement sur quelles bases ces hypothèses, somme toute approximatives, avaient été formulées. Enfin, l'examen clinique va en l'encontre du diagnostic de majoration des symptômes, qui comprend une attitude histrionique, à savoir la recherche de l'attention d'autrui, ce qui est peu compatible avec la constatation d'un expertisé calme et peu réactif. Ce diagnostic comprend également une réaction de détresse face à la douleur, alors même qu'il était admis, chez le recourant, que les plaintes douloureuses ne généraient pas de détresse psychique significative (cf. p. 17 du rapport d'expertise et avis SMR du 1^{er} décembre 2022).

Au vu des questions laissées encore en suspens par l'expertise psychiatrique, le SMR a, par la Dre T. _____, estimé que plusieurs points de l'expertise de la Dre J. _____ devaient être précisés avant de pouvoir suivre ses conclusions (cf. avis du 7 novembre 2022). L'experte psychiatre a ainsi adressé à l'OAI un complément d'expertise en date du 15 novembre 2022. Or il faut constater que les interrogations de la Dre T. _____ n'ont nullement été dissipées par ce complément, qui n'apporte aucune précision et dans lequel l'experte psychiatre s'est contentée de répéter les conclusions de son rapport d'expertise. En effet, l'argumentation de la Dre J. _____ concernant le diagnostic de syndrome

somatoforme douloureux n'est pas convaincante, la Dre T._____ ayant d'ailleurs elle-même écarté ce diagnostic (cf. avis SMR du 1^{er} décembre 2022). Ensuite, les réponses aux questions 2 à 4 renvoient à l'analyse et à la discussion faites en point 6.2 du rapport d'expertise du 20 octobre 2022 (cf. p. 17). Ensuite, l'experte a indiqué ne pas comprendre que le traitement antidépresseur n'ait pas été modifié au vu de la durée d'évolution et de l'absence d'amélioration significative. Il est toutefois étonnant que l'experte n'ait alors pas contacté le psychiatre traitant pour essayer de clarifier la situation (cf. point 5 de la p. 17). On signalera encore que, contrairement aux explications de la Dre J._____ données en réponse à la question 3, la Dre H._____ a bien transmis un rapport à l'OAI le 26 mai 2021, en expliquant que le suivi psychiatrique était maintenu à la même fréquence et que des séances régulières en psychothérapie déléguée avaient été récemment mises en place, démontrant, si besoin, que l'amélioration espérée n'avait pas eu lieu. A la question 5 du complément d'expertise, l'experte a indiqué que la dysthymie était également caractérisée par une chronicisation de plaintes dépressives « période d'au moins deux années de dépression constante ou constamment récurrente » et qu'il fallait tenir compte de cette temporalité, des données objectives de l'examen clinique et de l'analyse des plaintes. Elle a toutefois précisé que, dans le cas d'espèce, les seules plaintes du recourant ne pouvaient pas être retenues comme unique critère diagnostique compte tenu de sa démonstrativité. Or il n'est pas clair de quelle temporalité l'experte a fait mention, un épisode dépressif pouvant aussi durer plusieurs années. Enfin, la réponse 6 du complément renvoie au point 7.2 du rapport d'expertise qui paraît toutefois insuffisant au regard de l'analyse des ressources commandée par la jurisprudence (cf. consid. 4e *supra*). En effet, l'experte a indiqué que le recourant paraissait peu autonome dans les actes de la vie quotidienne, en raison d'une position passive-dépendante et d'une absence de proactivité. Elle n'a toutefois pas développé sa position, ni fait état d'un diagnostic différentiel de cette autonomie réduite apparue au décours du trouble psychiatrique, alors qu'une autonomie réduite dans la vie quotidienne peut être le signe de ressources limitées et pouvant faire partie de la dépression.

En définitive, l'expertise de la Dre J. _____ manque de vision d'ensemble et peine à expliquer l'évolution de la capacité de travail, respectivement l'amélioration, constatée en 2021.

7. Le recourant s'est encore prévalu du fait qu'il présentait des tremblements incapacitants depuis 2020. A l'appui de son allégation, le recourant a produit un rapport du 3 avril 2023 du Dr Q. _____ qui posait le diagnostic de tremblement de posture et d'action bilatéral prédominant du côté droit, évoluant depuis 2020, évoquant un tremblement essentiel. Le Dr Q. _____ a confirmé ce diagnostic dans son rapport du 2 octobre 2023, transmis à la Cour des assurances sociales le 21 décembre 2023, ainsi que dans son rapport du 11 mars 2024 transmis par le recourant. Dans ce dernier rapport, il a indiqué que le recourant était toujours extrêmement gêné par le tremblement de posture et d'action, estimant que les difficultés étaient telles que son autonomie était compromise les 2/3 du temps. Le Dr Q. _____ a indiqué qu'il y avait une impossibilité à boire avec la main droite dans un verre et une spirale d'Archimède qui était tremblée des deux côtés. Les Drs B. _____ et Z. _____ ont, dans leur rapport du 23 mai 2024, posé le diagnostic de tremblement essentiel « Plus » avec tremblement de repos. Ils ont indiqué que le tremblement était apparu en 2020 après que le recourant se soit fait licencier et qu'il était invalidant pour ce dernier. Ainsi, et contrairement à ce qu'a soutenu le SMR dans ses avis des 14 septembre 2023, 25 janvier, 8 avril et 6 juin 2024, la question du caractère incapacitant des tremblements pouvait déjà se poser avant la réalisation de l'expertise en 2022. En outre, il existe un doute suffisant quant à l'impact de ces éléments sur la capacité de travail. Il conviendra ainsi de mettre en œuvre un examen sur le plan neurologique.

On ajouter encore que la Dre H. _____ a, dans son rapport du 21 février 2023, indiqué que le recourant connaissait un ralentissement psychomoteur, ce qu'elle avait déjà indiqué dans son rapport du 26 mai 2021, tout comme la Dre A. _____ dans son rapport du 30 mars 2021

(pp. 9 et 13). Il y aura ainsi également lieu de prévoir un complément au plan neuropsychologique.

8. 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 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. 6.4).

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^e éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

c) 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).

d) En l'espèce, il ne pouvait échapper à l'intimé que le volet psychiatrique du rapport d'expertise du le Centre X. _____ était insuffisant - compte tenu de ses graves lacunes et défauts - pour statuer sur le droit aux prestations du recourant, de sorte que ce document ne pouvait se voir accorder une valeur probante. La Cour de céans estimant que l'intimé a failli à son obligation d'élucider les faits à satisfaction, il s'agit dès lors de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction. Après actualisation des pièces médicales, il lui appartiendra de solliciter une nouvelle expertise psychiatrique du recourant, avec des volets neuropsychologique et neurologique.

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les porter à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié 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 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 14 avril 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

- 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 au recourant une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq 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 :

- Me Marine Girardin (pour W. _____),
- 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 :