

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 février 2025

Composition : M. PIGUET, président
Mme Berberat, juge, et M. Chevalley, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

F. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1968, a exercé la profession de conseiller financier d'abord en tant que salarié puis à titre indépendant, avant d'émarger à l'aide sociale depuis 2018.

Souffrant d'angoisse et de dépression, F._____ a déposé, le 21 janvier 2022, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assuré.

Dans un rapport du 2 juin 2022, la Dre E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - d'anxiété généralisée avec trouble panique, de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) avec syndrome somatique, de personnalité anxieuse et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples (alcool, cocaïne, benzodiazépines). Sur le plan somatique, cette médecin a évoqué un infarctus du myocarde survenu en octobre 2021 ayant aggravé la symptomatologie anxieuse et la crainte d'une nouvelle atteinte à la santé. S'agissant de la capacité de travail, elle a estimé qu'elle était nulle en toute activité et qu'une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable en raison de la sévérité de la pathologie et de la chronicisation du trouble.

Invité à s'exprimer sur les limitations fonctionnelles découlant des suites de l'infarctus du myocarde, le Dr X._____, médecin praticien, a indiqué que, lors de sa consultation du 8 novembre 2021, son patient ne présentait pas de symptômes handicapants ; la tolérance à l'effort était bonne et les palpitations ressenties demeuraient stables et occasionnelles durant la journée. D'après le Dr X._____, l'infarctus n'avait pas eu de répercussion sur la capacité de travail, laquelle demeurait entière dans l'activité habituelle de financier (rapport du 13 janvier 2023).

A la demande de l'office AI, la Dre E._____ a fourni des renseignements complémentaires sur l'évolution de l'état de santé de son patient. Dans un rapport du 23 janvier 2023, cette médecin a indiqué que la symptomatologie anxieuse n'était toujours pas stabilisée dans la durée avec des périodes régulières de décompensation psychique. En revanche, la thymie s'était améliorée. S'agissant des limitations fonctionnelles, elle a relevé une diminution des capacités d'attention et de concentration dans les phases basses, un impact sur les capacités mnésiques, une perte de la résistance au stress et des capacités d'adaptation aux changements, ainsi que des difficultés de gestion des émotions pouvant compromettre les relations interpersonnelles. La Dre E._____ a toutefois noté certaines améliorations sous la forme d'un meilleur contrôle des pulsions sur le plan des conduites à risque en lien avec l'anxiété, notamment par l'arrêt du recours à certaines substances psychotropes. Il n'en demeurait pas moins qu'en l'absence de stabilisation de la symptomatologie anxieuse, l'assuré n'était toujours pas en mesure de reprendre l'exercice d'une activité professionnelle, si bien que l'incapacité de travail demeurait entière.

Dans un rapport du 22 février 2023, la Dre B._____, spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, a posé les diagnostics incapacitants d'extrasystoles ventriculaires et d'obésité. Cette médecin a indiqué que l'assuré était en mesure de travailler selon un horaire normal dans une activité adaptée du point de vue cardiologique.

A nouveau interrogée par l'office AI, la Dre E._____ a relevé, dans un rapport du 13 juillet 2023, que l'état clinique de son patient était stationnaire en ce sens qu'il présentait toujours une anxiété latente au quotidien et fluctuante dans le temps. Les limitations fonctionnelles étaient identiques à celles mentionnées dans son rapport du 23 janvier précédent, à savoir une angoisse et une anxiété flottante quotidienne difficilement stabilisables, une tendance au retrait social pendant les périodes où l'intensité de l'angoisse était plus forte, une diminution des capacités d'attention et de concentration durant les périodes « de moins bien aller », une perte de la résistance au stress et des capacités

d'adaptation aux changements, ainsi que des difficultés à gérer les émotions. La capacité de travail demeurait nulle en toute activité.

Au terme de son analyse des renseignements médicaux recueillis, le Dr K._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu qu'en dépit d'une amélioration de la symptomatologie dépressive, une anxiété généralisée demeurait présente, cela en présence d'un antécédent d'infarctus. Aussi a-t-il demandé la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (médecine interne et psychiatrie) afin de déterminer l'évolution de la capacité de travail depuis le mois de septembre 2020, les ressources de l'assuré, l'exigibilité d'un traitement et la date de l'aptitude à la réadaptation (avis médical du 7 août 2023).

Pour ce faire, l'office AI a confié au Bureau d'expertises S._____ à C._____ la réalisation d'une expertise bidisciplinaire comportant un volet de médecine interne (Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale) et un volet psychiatrique (Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport du 6 février 2024, ces médecins ont exclu tout diagnostic incapacitant, retenant, sur le plan somatique, un status post-STEMI sur maladie coronarienne tritronculaire, une hypertension artérielle essentielle, une hyperlipidémie mixte, une obésité de grade II ainsi qu'un tabagisme et, sur le plan psychique, un syndrome de dépendance aux sédatifs ou hypnotiques (benzodiazépines). En l'absence de limitations fonctionnelles, ils ont estimé que la capacité de travail était de 100 % en toute activité depuis toujours, hormis une période de six mois au maximum à la suite de l'infarctus du myocarde survenu le 22 octobre 2021.

Sollicité pour avis, le Dr K._____ a déclaré faire sienne l'appréciation expertale (rapport du 8 février 2024).

Par projet de décision du 8 février 2024, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui nier le droit à des prestations de l'assurance-

invalidité (rente d'invalidité et mesures professionnelles), faute d'incapacité de travail durable.

Agissant par l'intermédiaire de Me Philippe Nordmann, avocat, l'assuré a présenté, le 29 mai 2024, des objections à ce projet de décision, en faisant valoir qu'il présentait une incapacité de travail totale en raison de son état de santé psychique. A l'appui de ses allégations, il a produit un rapport médical établi par la Dre E. _____ le 21 mai 2024. S'exprimant sur le volet psychiatrique de l'expertise du Bureau d'expertises S. _____, cette médecin estimait qu'il n'était médicalement pas acceptable de ne retenir aucun diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Aussi a-t-elle maintenu les diagnostics posés dans ses précédents rapports, à savoir une anxiété généralisée, un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples ainsi que des troubles mixtes de la personnalité avec traits dépendant, anxieux et histrionique. Elle a par ailleurs souligné que l'anamnèse récoltée était partielle, voire partielle, dans la mesure où son patient avait tendance à minimiser la réalité de son vécu intrapsychique et de sa souffrance. Après avoir apporté des précisions quant à la transcription de l'échange entre l'expert et elle-même, elle a souligné que l'assuré présentait un déconditionnement important sur le plan professionnel, dès lors qu'il n'exerçait plus aucune activité depuis plusieurs années. Elle a finalement déploré qu'il n'ait jamais bénéficié d'une évaluation neuropsychologique complète destinée à investiguer plus avant l'étiologie de ses troubles. En conclusion, l'assuré estimait qu'il convenait de privilégier ce rapport à l'expertise du Bureau d'expertises S. _____, dans la mesure où il bénéficiait d'un suivi thérapeutique depuis 1995 environ.

Dans un avis médical du 5 juillet 2024, le Dr K. _____ a expliqué en quoi le rapport précité de la Dre E. _____ ne contenait pas d'élément de nature à lui permettre de s'écarter de l'appréciation de l'expert psychiatre.

Par décision du 5 juillet 2024, l'office AI a entériné son refus de prester.

B. **a)** Par acte du 9 septembre 2024, F._____, toujours représenté par Me Nordmann, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 5 juillet 2024 en concluant sous suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès telle date que justice dira, subsidiairement, à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'assureur social pour complément d'instruction au sens des considérants. Reprenant les arguments avancés dans ses objections, l'assuré s'est prévalu du rapport de la Dre E._____ du 21 mai 2024 pour contester l'expertise du Bureau d'expertises S._____. Alors même qu'il faisait l'objet d'un suivi thérapeutique depuis 1995, il n'avait jamais bénéficié d'une évaluation neuropsychologique complète afin d'investiguer plus avant l'étiologie de ses troubles ; à cela s'ajoutait qu'il cherchait à minimiser sa souffrance psychique plutôt qu'à l'exagérer. Dans la mesure où l'appréciation de la Dre E._____ aboutissait « à des conclusions diamétralement opposées à l'expertise de l'assureur social », le Tribunal ne pouvait trancher le litige sans diligenter, conformément à la jurisprudence fédérale, une expertise judiciaire.

b) Dans sa réponse du 4 octobre 2024, l'office AI a relevé que l'analyse de la capacité de travail effectuée par les experts du Bureau d'expertises S._____ ne prêtait pas le flanc à la critique. Renvoyant pour le surplus à l'analyse du SMR il a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

c) Par réplique du 21 octobre 2024, F._____ a observé que, dans sa réponse, l'office AI n'était pas entré en matière sur les arguments développés dans son recours. Or, lorsqu'il existait des indices concrets même émanant d'un médecin traitant susceptibles de mettre en doute une expertise, ces indices ne pouvaient être écartés même *a priori*. Aussi,

l'assuré a-t-il déclaré maintenir les termes de son recours, y compris « sa demande d'une expertise judiciaire face à des avis aussi contradictoires ».

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 de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art 60 al. 2 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. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

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

6. a) 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).

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

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

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

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres

domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. a) En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'exams complets sur les plans de la médecine interne et de la psychiatrie auprès du Bureau d'expertises S._____, dont les conclusions ont été suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, il disposait, malgré les atteintes à la santé qu'il présentait, d'une capacité de travail entière en toute activité.

b) Sur le plan somatique, le recourant se plaint essentiellement de problèmes cardiologiques, à savoir des palpitations de type extrasystoles se produisant au repos et à l'effort, ainsi que de sensations d'oppression thoracique, mais sans dyspnée ni angor.

aa) Dans son rapport du 6 février 2024, le Dr T._____ a relevé que l'assuré présentait des facteurs de risques cardio-vasculaires sous la forme d'un surpoids, d'une hypertension artérielle, d'une hyperlipidémie et d'un tabagisme. Dans ce contexte, il avait subi, le 22 octobre 2021, un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (STEMI) sur maladie coronarienne tritronculaire, dont l'évolution avait été globalement positive, excepté la persistance d'une extrasystolie

ventriculaire. Lors de son examen clinique, l'expert a constaté que les bruits perçus étaient normaux, sans souffle et qu'il n'y avait pas d'extrasystolies ventriculaires à l'auscultation durant une minute bien qu'elles aient été ressenties ; il n'y avait pas non plus d'oedèmes, ni de varices et les artères périphériques étaient toutes palpables, notamment au niveau fémoral, poplité, pédieux et tibial postérieur. Aussi a-t-il retenu que, hormis la persistance d'une extrasystolie isolée monomorphe, l'évolution avait été favorable avec en particulier une fonction ventriculaire conservée.

bb) Le reste de l'examen clinique ne présentait pas de particularité significative. L'assuré était en bon état général et nutritionnel, anictérique, sans cyanose ni adénopathies. Il était par ailleurs eupnéique, l'ampliation étant normale et le murmure vésiculaire audible sur les deux plages pulmonaires, sans râles. L'abdomen était globuleux, souple et indolore, sans masse palpable ; le foie était au rebord costal, percuté sur 10 cm, sans souffle abdominal ; les bruits étaient normaux en fréquence et en intensité. Les loges rénales étaient libres et il n'y avait pas de lésion cutanée suspecte. Neurologiquement, l'assuré était orienté aux trois modes et les nerfs crâniens étaient globalement sans anomalie ; la motricité et la trophicité étaient conservées et il n'y avait pas de déficit sensitif au toucher ; les réflexes ostéotendineux et cutanés étaient présents et symétriques ; les épreuves doigt-nez, talon-genou et des marionnettes étaient normales ; le test de Romberg était négatif et l'épreuve du funambule maîtrisée. Quant au plan ostéo-articulaire, la marche était normale, sans boiterie et il n'y avait pas de trouble des axes ni de la posture ; les épaules et le bassin étaient à niveau, tandis que la distance doigts-sol était nulle ; la palpation des épineuses et de la musculature paravertébrale était normale ; la mobilité était complète et indolore au niveau des articulations périphériques examinées (épaules, coudes, poignets, mains, hanches, genoux, chevilles et pieds), sans signes inflammatoires, ni épanchements cliniquement manifestes.

cc) Au moment de se prononcer sur l'exigibilité, le Dr T._____ a souligné que l'assuré avait été peu ou pas médicalisé sur le

plan somatique avant l'infarctus du myocarde du mois d'octobre 2021, date à compter de laquelle il faisait l'objet d'un suivi régulier par son médecin généraliste traitant et par la Dre B._____, cardiologue. Pour le reste, l'expert n'a pas constaté d'incohérence entre les informations ressortant du dossier et les données de l'anamnèse et de l'examen clinique, de même qu'il n'y avait pas non plus de majoration. Aussi, en l'absence de limitations fonctionnelles et de diagnostic incapacitant sur le plan somatique, il a retenu que le recourant présentait une capacité de travail entière en toute activité depuis toujours, sous réserve d'une période d'incapacité de travail de 100 % durant 6 mois au maximum à la suite de l'infarctus survenu au mois d'octobre 2021.

dd) Cette appréciation n'est remise en cause par aucune pièce médicale figurant au dossier. Elle n'est au demeurant pas critiquée par le recourant.

c) Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions retenues par le Dr H._____, d'après lesquelles le recourant présente une pleine capacité de travail.

aa) Sur le plan formel, le rapport du 6 février 2024 remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient une anamnèse complète, fait état des déclarations subjectives délivrées par le recourant, rend compte de manière circonstanciée de l'examen pratiqué tout comme il se fonde sur les observations cliniques effectuées au cours de l'expertise. En outre, l'expert a procédé à une discussion approfondie du diagnostic posé (syndrome de dépendance aux sédatifs ou hypnotiques), de même qu'il a émis des critiques à l'encontre des diagnostics retenus par la Dre E._____ et expliqué pour quels motifs il écartait d'autres diagnostics. Par ailleurs, il s'est exprimé à propos des indications thérapeutiques, a évalué la cohérence et l'authenticité, tout comme il a examiné la personnalité, les ressources et les difficultés de l'intéressé. Il s'est encore renseigné sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. L'appréciation de la situation médicale est claire et débouche sur des conclusions soigneusement motivées.

bb) S'agissant du status psychiatrique, les processus d'éclosion et de formalisation de la pensée étaient conservés, la fluidité était satisfaisante et la construction normale, tandis que le contenu était logique et adapté à la réalité. Le discours était clair, bien construit et informatif ; l'élaboration était aisée et le débit normal ; il n'y avait pas de manque du mot ; le niveau de langage était normal et cohérent avec le niveau socio-éducatif ; il n'y avait pas de trouble de l'articulation par ailleurs. L'assuré était bien orienté dans les quatre modes ; l'attention et la concentration étaient normales pendant toute la durée de l'examen ; l'expert n'a pas non plus observé de troubles des mémoires de travail, épisodique, sémantique, perceptive ou procédurale.

Il n'y avait pas de signes d'abaissement de l'humeur, notamment d'épisode de larmes ; l'assuré avait souvent recours à l'humour et était régulièrement souriant, sa mimique étant expressive et vivante ; le ton de la voix n'était pas de tonalité négative ; à aucun moment, l'expert n'a observé de signe de fatigue ou de fatigabilité, bien que son examen ait eu lieu au décours de celui réalisé par son confrère somaticien ; il n'y avait pas eu d'affaissement de la posture, pas d'augmentation progressive du temps de latence des réponses ni de diminution de la gestuelle spontanée ; l'expression générale comme la mimique confirmaient le sentiment de plaisir conservé par l'assuré dans certaines situations (moments passés avec des amis ou sa mère, visionnage d'un film, confection et dégustation d'un repas) ; l'attention et la concentration ont été normales pendant toute la durée de l'examen ; à aucun moment ne sont apparus une posture d'auto-dévalorisation ou un sentiment d'infériorité dans les échanges avec l'expert ; l'assuré s'exprimait à voix claire et haute, en regardant l'expert dans les yeux, tout en défendant sans difficulté son point de vue ; la mimique et l'expression étaient de tonalité plutôt neutre lorsqu'il évoquait la perception de son avenir, ainsi que son souhait de pouvoir s'occuper de sa mère et de son fils ; il n'y avait pas de signe en rapport avec une insomnie, notamment pas de fluctuation de la vigilance ni de bâillement ; il n'y avait par ailleurs pas de signe en faveur d'un épisode maniaque ou mixte de l'humeur ;

l'expert n'a pas non plus observé d'énergie débordante, d'accélération de la pensée, d'euphorie ou de modification rapide de l'humeur ; il n'y avait pas non plus d'irritabilité, d'impulsivité ou d'instabilité psychocomportementale ; l'assuré ne s'est pas montré jovial, ludique ou familier avec l'expert.

Au plan de l'anxiété et de la dissociation, si le Dr H. _____ a relevé quelques signes de nervosité ou d'inquiétude au début de l'entretien, ceux-ci ont été brefs et n'ont à aucun moment interrompu le cours de l'examen et sa bonne conduite, les échanges avec l'expert ayant été aisés en-dehors de ces moments ; il n'y avait par ailleurs pas eu d'instabilité psychomotrice, d'agitation, tremblement ou de sueur ; l'expert n'a pas non plus relevé de tremblement de la voix, de sensation audible de gorge serrée ou de souffle court ; au surplus, il n'a pas observé de vérification mentale ou de rituels comportementaux.

L'assuré n'a pas rapporté d'événements exceptionnellement menaçants ou catastrophiques qui serait survenu au cours de son existence ; les événements de vie stressants n'ont pas entraîné de manifestation psychique constatable durant l'examen.

Le recourant n'a pas présenté de signe d'intoxication aiguë ou chronique à l'alcool ni à d'autres substances, ni de signe d'un sevrage qui serait mal toléré ; ainsi, il n'y avait pas de trouble de l'élocution, pas de trouble de la conscience ou de la vigilance, pas de tremblement, pas de sueur, pas d'élargissement du polygone de sustentation ; à aucun moment, il ne s'est montré irritable ou désinhibé ; la coloration cutanée était sans particularité, l'haleine n'était pas oenolique et il n'y avait pas de mydriase ou de myosis.

S'agissant de la sphère psychotique, le contact était de bonne qualité et il n'y avait pas d'étrangeté ou de bizarrerie du comportement, du discours ou du contenu de la pensée ; il n'y avait pas d'émoussement affectif ; l'assuré conservait de bonnes capacités d'interactions sociales comme en témoignaient ses échanges avec l'expert ; celui-ci n'a par

ailleurs pas noté d'attitude d'écoute, de barrage ou de fading, la pensée n'étant pas circonlocutoire.

Sur le plan de la personnalité, l'examen est demeuré négatif en termes de troubles de la personnalité ou d'accentuation de certains traits de personnalité ; à aucun moment n'est évoquée une hypersensibilité à la critique ; l'expert n'a pas non plus constaté chez l'assuré une réticence à nouer des relations ou une tendance à éviter certaines activités en raison d'une exagération des dangers ou des risques potentiels de situations banales.

cc) aaa) Concernant le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé retenue (syndrome de dépendance aux sédatifs ou hypnotiques [benzodiazépines]), le Dr H. _____ a expliqué que l'assuré avait annoncé une prise quotidienne et ancienne de benzodiazépines. Or l'expert n'avait pas retrouvé de répercussion de la prise de benzodiazépines, à l'exception d'un sentiment de fatigue induisant un besoin de siestes quotidiennes. Cependant, en dépit de la prise de benzodiazépines peu avant l'examen, celle-ci n'avait pas entraîné de somnolence ou de ralentissement psychique ou psychomoteur. Des prises en quantité plus élevée n'étaient pas rapportées et il n'y avait pas de temps qui soit consacré à obtenir, utiliser, ou récupérer des effets des benzodiazépines ; il n'y avait pas non plus de phénomène de craving dans la mesure où la consommation était journalière ; hormis la nécessité de faire des siestes quotidiennes, l'assuré n'a pas signalé de limitation fonctionnelle qui soit la conséquence de l'utilisation de benzodiazépines ; il n'a pas non plus décrit de problèmes interpersonnels ou sociaux qui soient causés ou exacerbés par la prise. Du fait de la bonne tolérance du traitement, la prise n'était pas liée à une quelconque situation où elle pourrait être dangereuse sur le plan physique ; la prescription du traitement benzodiazépinique était encadrée sur le plan médical, si bien qu'elle devait être considérée comme thérapeutique et non pas de nature à causer ou exacerber un trouble notamment psychique ; la notion de tolérance devait quant à elle être écartée, car l'assuré ne décrivait pas une prise de produit croissante pour obtenir le même effet ; enfin, il n'y

avait pas de sevrage qui ait été constaté, car la prise était ininterrompue depuis plusieurs années.

bbb) Le Dr H._____ a ensuite expliqué les raisons pour lesquelles il estimait que le diagnostic d'anxiété généralisée avec trouble panique mentionné par la Dre E._____ ne pouvait, au regard des éléments anamnestiques et cliniques à disposition, pas être retenu que cela soit au jour de l'examen ou rétrospectivement. En effet, la persistance d'un fonctionnement professionnel et social n'était pas en faveur d'un tel trouble. Par ailleurs, la consommation de cocaïne, elle-même connue pour ses propriétés anxiogènes tachycardisantes, n'était pas cohérente avec une anxiété généralisée. A aucun moment durant l'examen, le recourant n'avait rapporté de crainte que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident. Interrogé par l'expert, il a encore indiqué que s'il avait davantage de moyens, il irait plus régulièrement au restaurant, ce qui n'était pas compatible avec une anxiété généralisée. Le Dr H._____ a également écarté l'existence d'un trouble panique, car l'intéressé n'avait jamais rapporté d'anxiété anticipatoire à être victime de crises de panique. Au demeurant, si la première crise de panique était liée à un contexte professionnel, le fonctionnement de l'assuré en lien avec le travail n'avait pas révélé d'éviction, ce dont témoignait la reprise systématique d'une activité professionnelle. Par ailleurs, les crises rapportées par l'assuré à l'expert étaient rares.

Le Dr H._____ n'a pas non plus retenu l'existence d'un épisode dépressif, car l'assuré n'avait pas présenté, pendant toute la durée de l'examen, de signe en rapport avec un abaissement de l'humeur, pas plus qu'il n'avait montré de fatigue ou de fatigabilité en dépit de la nature particulièrement sollicitante de celui-ci ; il n'y avait pas non plus de perte d'intérêt et du plaisir dans les activités qui étaient conservées ; l'expert a aussi exclu un épisode dépressif dans le passé car à aucun moment l'assuré n'avait évoqué une tristesse de l'humeur mais uniquement des perturbations anxieuses ; de plus, il avait toujours maintenu une capacité d'investissement dans ses nouvelles activités professionnelles, de même qu'il avait conservé des contacts réguliers avec

ses amis ; en outre, il n'y avait jamais eu de périodes durant lesquelles il aurait désinvesti les activités qui lui plaisaient ; quant à ses idées suicidaires, elles constituaient selon l'intéressé une réponse iatrogène au traitement par Prégabaline.

Le Dr H. _____ a également écarté l'existence d'un trouble de la personnalité. Il n'a en effet pas retrouvé, dans les activités professionnelles ou sportives, un sentiment de tension ou d'appréhension, d'insécurité ou d'infériorité ; la capacité entrepreneuriale et la participation à des compétitions sportives ne concordent pas avec une tendance à éviter certaines activités en raison d'une exagération des dangers ; l'expert n'a pas non plus constaté un perpétuel désir d'être aimé ni d'hypersensibilité à la critique, l'assuré ayant par ailleurs de bonnes aptitudes à nouer des contacts, que cela soit sur le plan amical ou des relations de voisinage.

Finalement, le Dr H. _____ s'est brièvement exprimé sur d'autres troubles mentaux ; il n'a ainsi pas retenu un trouble lié à l'utilisation d'alcool ou de cocaïne car, au jour de l'examen, l'assuré n'était pas sous l'emprise de ces produits ; de même, il a écarté l'existence d'un trouble affectif bipolaire, car l'intéressé n'avait pas rapporté de période d'élévation ou de mixité de l'humeur, au demeurant non constatée au jour de l'examen ; l'expert a également exclu une dysthymie car l'assuré rapportait l'amendement régulier de la tristesse dans les circonstances favorables, la dysthymie n'étant d'ailleurs pas compatible avec le niveau de fonctionnement, notamment amical et social, annoncé comme préservé et qui lui procurait du plaisir ; en l'absence d'élévation rapportée, même modérée, de l'humeur, l'expert a rejeté une cyclothymie, tout comme il a écarté un trouble anxieux phobique, à défaut de manifestation anxieuse survenant dans un contexte précis ou face à des pensées particulières ; l'expert n'a pas non plus retenu de trouble obsessionnel compulsif en l'absence de rituels de comportements compulsifs ou d'obsession idéique ; le Dr H. _____ a finalement rejeté l'existence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant faute de plainte douloureuse sur le plan somatique, de même qu'il a éliminé un trouble du comportement

alimentaire, l'assuré ayant toujours pris beaucoup de plaisir à cuisiner et à manger et n'ayant jamais présenté un comportement pathologique de ce registre.

dd) En l'absence de diagnostic limitant ou incapacitant, le Dr H. _____ a indiqué qu'il n'avait pas de recommandation thérapeutique à formuler, précisant qu'il ne retenait pas d'indication à un traitement anti-dépresseur. Quant à l'ancienneté et à la continuité des prises de benzodiazépines, les chances d'une abstinence en la matière étaient peu probables, quand bien même ce trouble n'entraînait pas de limitation de la capacité de travail.

ee) S'agissant de l'appréciation des ressources, l'assuré ne présentait pas de troubles cognitifs et ses capacités de concentration, d'attention et de réflexion étaient bonnes ; les capacités de planification et de structuration des tâches ainsi que celle de porter un jugement et de prendre une décision étaient conservées ; l'adaptation aux règles et routines n'était pas limitée par un trouble psychique. La flexibilité et l'adaptabilité avaient probablement été rendues modestes par une très longue période d'inactivité professionnelle ; il en allait de même de la mise en pratique des compétences, sans que cela ne soit la conséquence d'un trouble psychique ; si les activités spontanées étaient peu diversifiées, certaines d'entre elles procuraient néanmoins du plaisir ; les capacités de persévérance étaient probablement limitées au vu du mode de vie routinier qui était celui de l'assuré, alors que les capacités d'affirmation, constatées durant l'examen, étaient normales ; hormis une mésentente avec sa sœur, l'assuré entretenait de bons rapports avec sa mère, tout comme cela avait été le cas avec son père jusqu'à son décès ; sa capacité de contact avec les autres et à pouvoir travailler en groupe demeurait préservée, notamment en l'absence de trouble de la personnalité, et il continuait à voir chaque semaine ses amis et à en éprouver du plaisir ; sa capacité aux rapports privilégiés à deux était modeste, l'assuré étant célibataire depuis plusieurs années ; la capacité de prendre soin de soi était préservée, de même que celle à se mouvoir.

ff) Concernant l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, le Dr H._____ a tout d'abord relevé des incohérences dans le discours, en ce sens que l'assuré déclarait s'être investi dans son activité de directeur d'hôtel « à 150 % », avant d'affirmer qu'il s'arrangeait pour ne travailler que quelques heures par jour ; il rapportait par ailleurs la continuité de troubles du registre anxieux, alors même qu'il s'était adapté à des domaines professionnels nouveaux. L'expert a aussi retenu une incohérence entre la plainte anxieuse de type panique et la consommation annoncée de cocaïne, substance pourtant connue pour déclencher de tels épisodes ; en outre, alors que l'assuré s'était dit particulièrement anxieux à la perspective de l'expertise, le Dr H._____ n'a constaté des signes de tension que durant les premières minutes de l'examen, l'intéressé s'étant même montré détendu en fin de séance et satisfait qu'elle se soit bien déroulée. Il y avait par ailleurs une incohérence entre les plaintes spontanées et les constatations opérées au jour de l'examen, car à aucun moment l'expert n'a relevé un signe en faveur d'un abaissement de l'humeur ou d'une anxiété. La description d'une journée-type ne permettait pas non plus de retrouver l'impact des plaintes anxieuses, en ce sens que l'intéressé continuait d'avoir une vie festive hebdomadaire au cours de laquelle il consommait de l'alcool et, plus épisodiquement, de la cocaïne. Au vu des différentes incohérences relevées, et afin de préserver la plausibilité de ses conclusions, l'expert a déclaré se fonder de manière prépondérante sur ses propres constatations objectives.

gg) Au vu de l'examen des indicateurs jurisprudentiels, il y a lieu de retenir que la symptomatologie présentée par le recourant ne revêt pas, malgré un contexte social peu favorable, un degré de gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne pourrait plus du tout ou seulement être partiellement exigible de sa part.

hh) Le rapport établi le 21 mai 2024 par la Dre E._____ ne permet pas de susciter un doute quant au bien-fondé des conclusions rendues par l'expert H._____. La psychiatre traitante maintient les diagnostics d'anxiété généralisée, de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen mais partiellement en rémission au moment de l'expertise), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et de

cocaïne (utilisation nocive pour sa santé), d'une dépendance aux benzodiazépines (utilisation continue) ainsi que de troubles mixtes de la personnalité avec traits dépendant, anxieux et histrionique. Or il se trouve que ces problématiques diagnostiques ont été discutées de manière approfondie par l'expert (cf. considérant 7c/cc/bbb *supra*). La Dre E._____ estime cependant que l'atteinte à la santé psychique affecte tous les pans de la vie de l'assuré et altère considérablement sa qualité de vie « avec la persistance de limitations fonctionnelles venant prêter sa capacité à envisager une réinsertion socio-professionnelle ». L'expert n'a toutefois pas fait le constat d'un impact uniforme des limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie. Dans les activités ménagères quotidiennes, l'assuré n'avait pas rapporté de limitations ; il a ainsi indiqué qu'il faisait les courses, la cuisine, le ménage, de même qu'il tenait sa propre comptabilité, même si de nombreux paiements étaient automatisés ; il avait en outre de bonnes interactions sociales, aussi bien sur le plan familial qu'avec des voisins ou des amis, en compagnie desquels il consommait ponctuellement de l'alcool et de la cocaïne ; en fin de journée, il pouvait lui arriver de regarder un film, voire de lire un peu en dépit de ses problèmes de concentration. Force est ainsi de constater que les limitations évoquées par la Dre E._____ ne correspondent que partiellement à la description de la situation telle qu'elle ressort de l'expertise (à la lumière notamment du déroulement détaillé et représentatif d'une journée type). Il n'y a pas lieu non plus d'examiner plus avant la critique selon laquelle l'anamnèse récoltée par l'expert serait « *partielle à plusieurs niveaux, pour ne pas dire partielle* », dès lors que la Dre E._____ ne décrit pas les lacunes anamnestiques dont serait entaché le rapport d'expertise. Quant à la réalisation d'une évaluation neuropsychologique complète, elle n'a pas été jugée nécessaire par l'expert en l'absence de trouble cognitif ou mnésique observable et les arguments développés par la Dre E._____ ne justifient pas que soit mise en œuvre une telle mesure d'instruction, celle-ci visant uniquement à vérifier des hypothèses diagnostiques alternatives.

d) Au final, il convient de constater que, en l'absence d'appréciation médicale propre à susciter un doute quant aux conclusions

de l'expertise du Bureau d'expertises S._____, c'est à juste titre que les experts ont retenu que la capacité de travail était entière en toute activité depuis toujours.

8. Le dossier est complet sur le plan médical avec l'expertise convaincante du Bureau d'expertises S._____, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît inutile (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

9. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

10. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Philippe Nordmann peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 15 janvier 2025, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 837 fr. 65, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3^{bis} RAJ

[règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 5 juillet 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de F._____ et provisoirement supportés par l'Etat.

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

- V.** L'indemnité d'office de Me Philippe Nordmann est fixée à 837 fr. 65 (huit cent trente-sept francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris, et est provisoirement supportée par l'Etat.

- VI.** F._____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office de Me Philippe Nordmann, mis provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour F. _____),
- 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).

Le greffier :