

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 novembre 2025

---

Composition : Mme LIVET, présidente  
MM. Wiedler et Tinguely, juges  
Greffière : Mme Matthey

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Sarah El-Abshihy, avocate  
à Clarens,

et

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

---

**Art. 4 al. 1, 28, 28a et 28b LAI.**

## **E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, travaillant à plein temps en qualité de [...], a déposé le 17 décembre 2017 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de rhumatismes, migraines, « prostate », douleurs articulaires, perte d'énergie, perte d'appétit, vertiges, idées noires, insomnies, stress, anxiété et angoisse présents depuis 2014 et engendrant une incapacité de travail de 50 %.

Sur demande de son assurance indemnité journalière maladie LAMal, l'assuré a été examiné par le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et par la Dre P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes de son rapport d'expertise du 23 février 2018, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de possible polyarthrite séropositive et estimé que l'intéressé était capable de travailler à 90 % dans son activité habituelle en tenant compte de sa diminution de rendement, liée à la position debout et à la marche prolongée qu'impliquait cette activité, au-delà des travaux de force et répétitifs impliquant les mains ; l'assuré était en outre capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (travaux lourds, s'agissant d'une activité légère plutôt sédentaire, excluant la marche et la position debout prolongée au-delà d'une heure d'affilée, les travaux de force et répétitifs minutieux avec les mains). Dans son rapport d'expertise du 20 mars 2018, la Dre P.\_\_\_\_\_ a, quant à elle, posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.10).

Par décision du 10 mai 2019, confirmant un projet de décision du 13 mars 2019, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, considérant que l'assuré conservait une capacité de travail exigible de 90 % dans son activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée à son atteinte à la santé et respectant ses limitations fonctionnelles. Ses perspectives de gain dans une activité adaptée étaient équivalentes à

celles auxquelles il pouvait prétendre dans son activité de [...], compte tenu des données statistiques établies par l'OFS.

**B.** L'assuré, par l'intermédiaire de son assureur perte de gain maladie, M. \_\_\_\_\_ (ci-après : M. \_\_\_\_\_), a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'OAI le 18 octobre 2021, faisant état de troubles cognitifs objectivés avec aggravation dans les situations écologiques post hémorragie sous-arachnoïdienne sur rupture d'anévrisme d'artère communicante antérieure avec embolisation dès le 12 avril 2021, d'état dépressif avec trait d'anxiété et d'arthralgie persistante sur polyarthrite rhumatoïde séropositive. Il a indiqué que sa capacité de travail avait été nulle du 12 avril au 7 septembre 2021, et qu'elle était de 30 % depuis le 8 septembre 2021. Avec son envoi, il a produit le dossier de son assureur perte de gain, contenant notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 21 juillet 2021 du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre L. \_\_\_\_\_ (ci-après : le L. \_\_\_\_\_), qui a posé le diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne « Fisher I WFNS [*World Federation of Neurologic Surgeons*] sur rupture d'anévrisme de l'artère communicante antérieure avec status post embolisation le 12 avril 2021 » ; le patient présentait en outre les comorbidités suivantes : polyarthrite rhumatoïde, hypertension artérielle et hypercholestérolémie. Des examens neuropsychologiques avaient été réalisés le 25 mai 2021, qui avaient mis en évidence des troubles de la mémoire de travail, la persistance de troubles attentionnels non latéralisés légers à modérés et un très discret et possible signe de négligence unilatérale droite visuelle, ainsi qu'une amélioration des performances mnésiques antérogrades verbales et une légère amélioration du dysfonctionnement exécutif demeurant toutefois léger. Le complément d'examen réalisé en juillet 2021 avait mis en évidence une préservation de la charge mentale et une normalisation de la gestion des interférences dans les tâches cognitives ; la mise à jour en mémoire de travail verbale semblait globalement préservée, mais ces trois composantes étaient affaiblies dans des situations écologiques. Les médecins du service susmentionné ont

préconisé une prise en charge neuropsychologique de quelques séances individuelles afin de familiariser le patient aux stratégies cognitives pouvant optimiser ses capacités de mémoire de travail dans la vie quotidienne, que l'assuré ne souhaitait toutefois pas effectuer actuellement. Une reprise très progressive de l'activité professionnelle était recommandée pour éviter un épuisement ; l'intéressé avait exprimé son souhait de reprendre son activité professionnelle à 30 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2021 ;

- un rapport du 8 septembre 2021 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a expliqué suivre l'assuré à raison d'une fois par semaine pour des troubles dépressifs récurrents, avec une rechute depuis avril 2021 ensuite d'une hémorragie. Il a posé le diagnostic de trouble dépressif sévère puis moyen depuis septembre 2021 (F33.2, F33.11). Le psychiatre a indiqué que son patient prenait un traitement médicamenteux et qu'une bonne évolution était en cours. Il existait toutefois un ralentissement psychomoteur et des troubles de la concentration post AVC hémorragique dont la portée était inconnue. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale depuis la rupture d'anévrisme et préconisé une reprise thérapeutique de l'activité professionnelle à 30 % depuis le jour de rédaction du rapport, l'état de santé de son patient n'étant pas stabilisé.

Il ressort du questionnaire rempli par l'employeur de l'assuré le 13 décembre 2021 qu'en regard au cumul de maladies comme les rhumatismes, les migraines et la rupture d'anévrisme du mois d'avril 2021 ayant entraîné des conséquences assez graves, une inaptitude de 100 % dans son activité actuelle devait être constatée.

Aux termes d'un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2022 à M.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin associé au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du L.\_\_\_\_\_, a rapporté que son patient se plaignait surtout de maux de tête accentués en occipital depuis une deuxième dose de vaccin Covid, le 30 mai 2021, qui se péjoreraient pendant les périodes de stress et étaient accompagnées

parfois de nausées ; il se plaignait également de troubles du sommeil et de la mémoire. Les restrictions physiques liées à son activité habituelle consistaient en des déficits exécutifs, des déficits de la mémoire de travail, des déficits attentionnels légers à modérés et des céphalées occipitales secondaires. Celles-ci pouvaient être améliorées par une psychothérapie et une antalgie optimisée, de sorte que la capacité de travail pouvait également augmenter en fonction de ces traitements. Le Dr W. \_\_\_\_\_ estimait toutefois que le pronostic était incertain.

A la suite d'un mandat de M. \_\_\_\_\_, le Centre D. \_\_\_\_\_, à [...], a rendu son rapport d'expertise en neuropsychologie et psychiatrie-psychothérapie le 16 mai 2022. Ce rapport posait le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33.4), actuellement en rémission, non incapacitant, et concluait à une capacité de travail totale dans l'activité habituelle sur le plan strictement psychiatrique, étant précisé que l'examen neuropsychologique avait été interrompu prématurément, à la demande de l'expertisé, de sorte que les experts n'étaient pas en mesure de se prononcer sur les capacités cognitives de celui-ci.

Dans un rapport du 27 juin 2022 à l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent épisode sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) depuis le 12 octobre 2021 et de trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique depuis mai 2022, ainsi que le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de traits de la personnalité émotionnellement labile depuis le début de l'âge adulte (Z73.1). Les limitations fonctionnelles consistaient en des troubles de la concentration et un ralentissement psychomoteur. Le psychiatre traitant a estimé que l'incapacité de travail était totale mais que le pronostic était bon, une reprise de l'activité habituelle pouvant être envisagée dans les un à deux mois à 50 %, voire 100 % dans les deux mois.

Par rapport du 5 juillet 2022 à l'OAI, le médecin traitant de l'assuré, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics d'état dépressif en aggravation depuis 2016, de

polyarthrite rhumatoïde non stabilisée depuis 2017 et de troubles cognitifs de nature/origine multifactorielle, en voie d'investigation depuis avril 2021. Il a fait état des limitations fonctionnelles suivantes : troubles de la concentration et de la mémoire, polyarthralgie persistante. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a requis de l'OAI qu'il s'adresse aux médecins spécialistes traitants (psychiatre et rhumatologue) s'agissant de la capacité de travail de son patient.

Dans un rapport du 19 juillet 2022 à l'OAI, le Dr W.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de lésions ischémiques aiguës ponctiformes du centre semi-ovale gauche et du cortex frontal gauche depuis avril 2021, de polyarthrite rhumatoïde et de céphalées depuis avril 2021. Il a expliqué que son patient avait repris son activité dans la [...] à partir du 8 septembre 2021 à 30 % pendant cinq à six semaines, mais qu'il avait dû interrompre le travail en raison des maux de tête péjorés en période de stress ainsi que d'une incapacité à gérer les tâches multiples et organiser le travail au [...]. L'activité actuelle était peu adéquate en raison de sa fonction de cadre, du travail en équipe, du contact avec les clients, ainsi que des exigences particulières pour la mémoire, l'attention et la capacité à effectuer des tâches multiples. Les limitations fonctionnelles consistaient en un léger déficit attentionnel et exécutif de nature à infléchir la capacité de travail dans la fonction actuelle. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a estimé que son patient pouvait travailler deux heures par jour dans l'activité exercée jusqu'ici. S'agissant d'une possible réadaptation, il a indiqué que le pronostic dépendait largement de la mise en œuvre et du succès des mesures thérapeutiques proposées, à savoir l'introduction de Cymbalta comme traitement de fond pour les céphalées, une intensification du suivi psychothérapeutique, ainsi qu'une prise en charge neuropsychologique sur le plan de la mémoire de travail une fois la situation psychiatrique stabilisée. Il recommandait une expertise psychiatrique spécialisée dans le domaine des syndromes neurologiques fonctionnels afin de déterminer la situation et le pronostic, en raison d'une forte suspicion d'une composante psychosomatique.

Aux termes d'un rapport du 21 juillet 2022, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a indiqué avoir vu l'assuré en consultation les 30 juin et 20 juillet 2022 en raison de ses céphalées. Il a, en particulier, relevé que le patient signalait une céphalée quotidienne depuis de nombreux mois, localisée à la région pariétale gauche ; il s'agissait d'une douleur pulsatile qui augmentait considérablement dans les conditions de stress. L'examen neurologique était sans particularité, à l'exception de la sensibilité du scalp et de la musculature cervicale à la pression modérée. Le test d'hyperventilation reproduisait les symptômes habituels du patient (céphalée, confusion). Le Dr F.\_\_\_\_\_ avait complété les investigations avec un examen CT-Angio, qui avait permis d'exclure une pathologie vasculaire. Ainsi, il a posé le diagnostic de céphalée de type tension pour laquelle des traitements de physiothérapie pouvaient être prescrits ; il était également vraisemblable qu'il s'agisse d'une céphalée psychogène en relation avec le syndrome d'anxiété et d'hyperventilation.

Dans un rapport du 4 août 2022 à l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a indiqué voir l'assuré tous les trois mois pour le traitement d'une polyarthrite rhumatoïde séropositive existant depuis mai 2017 et causant des douleurs polyarticulaires aux coudes, aux mains, surtout à la main droite, aux chevilles, aux pieds et aux genoux. D'après lui, la capacité de travail de son patient dans son activité habituelle et dans une activité adaptée était nulle, à réévaluer en fonction de la réponse au traitement mis en place dernièrement à la suite d'une aggravation présente depuis le mois d'avril 2022. Les activités manuelles et la position debout prolongée aggravaient les douleurs aux mains et aux membres inférieures ; il fallait également, à son sens, éviter les positions accroupie et à genoux, en raison des gonalgies.

Le 20 août 2022, l'employeur de l'assuré a mis un terme au contrat de travail qui les liait avec effet au 30 novembre 2022.

Par rapport du 28 octobre 2022 à l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution défavorable depuis septembre 2022, son patient « procrastinant dans le canapé » et étant totalement dépendant de sa

femme (courses, ménage, administratif), présentant une anhédonie totale. La capacité de travail de l'intéressé était nulle depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2022 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles consistaient en des troubles de la concentration et des ralentissements psychomoteurs. Le psychiatre traitant a indiqué que l'état de santé de son patient n'était pas stabilisé, qu'il réévaluerait la situation dans un mois et qu'en cas d'absence d'amélioration, il envisageait un changement de médication, ainsi qu'une hospitalisation psychiatrique d'une à trois semaines.

Par rapport du 5 décembre 2022 au Dr T.\_\_\_\_\_, les médecins du Département de psychiatrie du L.\_\_\_\_\_ ont attesté que l'assuré avait séjourné à l'Hôpital de G.\_\_\_\_\_ du 7 au 22 novembre 2022 en raison d'une péjoration thymique et d'idéations suicidaires. Ils ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3) tels que des hallucinations auditives et visuelles, et relevé que l'assuré présentait une anhédonie, une asthénie physique, une perte d'appétit, une perte de l'aptitude à se concentrer et des troubles du sommeil. Le patient a bénéficié de traitements psychiatrique et psychothérapeutique intégré avec entretiens médico-infirmières et infirmiers réguliers, ainsi que de soins prodigués par des ergothérapeutes et des physiothérapeutes. A sa sortie, l'évolution était bonne, puisque l'assuré ne présentait plus d'idéations suicidaires, de troubles du sommeil, d'élément floride de la lignée psychotique, d'hallucinations visuelles et auditives, de bizarrerie ni de méfiance dans le contact ; il restait toutefois anosognosique.

Dans un rapport du 10 février 2023, le Dr N.\_\_\_\_\_ a relevé que son patient présentait des arthralgies d'allure inflammatoire avec signes de tendinite insertionnelle au niveau des coudes (épicondylite) et du moyen fessier gauche, ainsi que des douleurs d'origine vraisemblablement musculaire au niveau dorsal et une gonalgie bilatérale dont l'origine pourrait être mixte. La capacité de travail était toujours nulle, compte tenu de l'atteinte aux mains, la maladie n'étant pas contrôlée de façon satisfaisante et ne permettant donc pas de mesure de

réadaptation. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : activités manuelles, port de charges même légère de façon répétitive, position debout prolongée, monter et descendre plusieurs fois des escaliers, marcher longtemps.

La radiographie des genoux effectuée le 8 février 2023 n'a pas décelé de signe de gonarthrose manifeste (cf. rapport du même jour du Centre Médical de Z.\_\_\_\_\_).

Par avis du 20 mars 2023, le médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a constaté qu'au vu de l'ensemble des éléments médicaux somatiques et psychiatriques à disposition, il paraissait difficile que des mesures de réadaptation soient réalisables eu égard à l'absence de stabilisation des différentes atteintes à la santé. Il n'avait aucune raison de s'écarter des avis des médecins traitants et a donc conclu à une capacité de travail nulle, les limitations fonctionnelles étant les suivantes : activités manuelles, le port de charges même légères de façon répétitive, position debout prolongée, monter et descendre plusieurs fois les escaliers, marcher longtemps, tristesse, fatigue, anhédonie, faible estime de soi, troubles de la concentration, fuite des idées, idées noires, angoisses, insomnies, ralentissement psychomoteur, idées délirantes polymorphes, hallucinations auditives.

Le 28 mars 2023, M.\_\_\_\_\_ a notamment transmis à l'OAI un rapport d'expertise psychiatrique rendu le 16 mars 2023 par le D.\_\_\_\_\_ à sa demande, par lequel le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de possible trouble dépressif récurrent, sans précision (F33.9) et d'autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique (Z76.5) et estimé que l'expertisé était totalement capable de travailler dans toute activité tenant compte de son niveau de formation.

Le 3 avril 2023, le Dr T.\_\_\_\_\_ a critiqué l'expertise menée par le Dr J.\_\_\_\_\_, relevant en outre que le tableau clinique de son patient était peu courant, puisque l'AVC jouait probablement un rôle dans

le trouble dépressif actuel. Il a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère toujours en cours avec ralentissement psychomoteur, parfois agitation, troubles de la concentration et délire de persécution.

Dans un avis du 4 mai 2023, le médecin du SMR a indiqué ne pas pouvoir suivre, en l'état, les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr J.\_\_\_\_\_ en l'absence d'analyse du volet somatique rhumatologique, sans toutefois pouvoir s'écarter des conclusions des deux expertises psychiatriques menées par le D.\_\_\_\_\_ retenant une capacité de travail totale dans l'activité habituelle. Celles-ci amenaient en effet un doute sur les conclusions du précédent avis SMR, nécessitant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets en rhumatologie, psychiatrie, neurologie et médecine interne. L'OAI a, par conséquent, requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au Centre médical d'expertises B.\_\_\_\_\_, à [...].

Dans un rapport du 19 mai 2023, les médecins du Département de psychiatrie du L.\_\_\_\_\_ ont attesté que l'assuré avait à nouveau séjourné à l'Hôpital de G.\_\_\_\_\_ du 27 avril au 9 mai 2023, en raison d'une péjoration thymique, d'idéations suicidaires, d'hallucinations et d'agitation psychomotrice dans un contexte de menace de rupture de sa femme. L'évolution durant l'hospitalisation avait été bonne, avec une bonne thymie et la disparition des idées suicidaires et des hallucinations, de sorte que l'assuré avait pu regagner son domicile d'un commun accord avec les médecins.

L'assuré a été examiné au B.\_\_\_\_\_ le 5 juillet 2023 par le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, le 7 juillet 2023 par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et le 26 juillet 2023 par le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Par rapport d'expertise du 27 septembre 2023, les médecins précités ont posé les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde sans signe évolutif ni d'agressivité depuis le diagnostic en 2015, de rhizarthrose bilatérale, de status après rupture d'anévrisme, hémorragie sous-arachnoïdienne, troubles d'ordre

neuropsychologique et psychiatrique, en avril 2021, d'épisode brutal associant vertige, vomissement, sentiment de tête lourde, dont l'origine n'a pas été clairement déterminée, en 2016, d'hypertension artérielle traitée, de dyslipidémie traitée, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11). Les limitations fonctionnelles consistaient en une activité peu stressante, sans traitement simultané d'informations multiples, sans prise de décision immédiate, pas d'efforts de préhension et de pronosupination forcée, difficultés neurocognitives, activité ne nécessitant pas de marcher sur des terrains irréguliers, ne s'effectuant pas dans une ambiance lumineuse vive, ne nécessitant pas une concentration soutenue. Au terme de leur consensus, la capacité de travail de l'expertisé était nulle dans l'activité habituelle depuis avril 2021, mais elle était de 64 % (80 % avec baisse de rendement de 20 %) six mois après la rupture d'anévrisme, soit depuis octobre 2021, pour des raisons neurologiques.

Par avis du 6 octobre 2023, le médecin du SMR a retenu qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise susmentionnée, de sorte qu'une incapacité de travail totale devait être reconnue dans l'activité habituelle depuis avril 2021, ainsi qu'une capacité de travail exigible de 64 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis octobre 2021.

Dans un projet de décision du 6 décembre 2023, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Il a indiqué que, depuis le 12 avril 2021 (début du délai d'attente), l'assuré présentait une incapacité de travail sans interruption notable. A l'échéance du délai d'attente, soit le 12 avril 2022, il ressortait toutefois du dossier que l'assuré présentait certes une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais qu'une capacité de travail de 80 %, avec une baisse de rendement de 20 %, pouvait raisonnablement être exigée de lui dans une activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles (« pas d'efforts de préhension et de pronosupination forcée, problèmes neuropsychologiques, perte d'endurance, photophobie et troubles de la

concentration, activité peu stressante, sans traitement simultané d'informations multiples, sans prise de décision immédiate »). Sur le plan économique, l'OAI a estimé que le revenu sans invalidité devait correspondre à 95 % de la valeur médiane usuelle dans la branche selon les données salariales de l'Office fédéral de la statistique, puisque le revenu effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité était inférieur d'au moins 5 % à ces valeurs. S'agissant de l'évaluation du revenu avec invalidité, étant donné que l'assuré n'avait pas repris d'activité lucrative, il devait également se référer à ces données statistiques ; le salaire que pouvait percevoir un homme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services était de 66'006 fr. 75 à 100 % en 2022, soit 42'244 fr. 32 en tenant compte d'un taux de 80 % et d'une baisse de rendement de 20 %. Compte tenu de ces chiffres, l'OAI a estimé que le degré d'invalidité s'élevait à 32.63 %, soit un taux inférieur à 40 %, ne donnant pas droit à une rente d'invalidité. Enfin, il a expliqué que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) prévoyait l'application automatique d'une déduction de 10 % sur le revenu avec invalidité dès lors que ce dernier était fixé sur la base des données salariales de l'Office fédéral de la statistique ; toutefois, dans la situation de l'assuré, la prise en compte d'une déduction de 10 % sur le revenu avec invalidité dans le calcul de son degré d'invalidité n'influençait pas son droit à la rente et aux mesures professionnelles (degré d'invalidité de 39.37 %).

Le 5 janvier 2024, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné. Il a nié toute capacité de travail dans quelle qu'activité que ce soit et critiqué les revenus avec et sans invalidité tels que retenus par l'OAI, au motif que ceux-ci étaient erronés. Selon lui, son degré d'invalidité était supérieur à 40 % et devait lui ouvrir le droit à une rente. Il a joint à son envoi un rapport d'expertise privée établi le 21 décembre 2023 par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique (F33.11) d'avril 2021 à octobre 2022, ayant évolué vers un trouble dépressif récurrent sévère, avec symptômes psychotiques (F33.3) depuis novembre 2022. L'expert psychiatre a estimé que la capacité de

travail de l'assuré était de 50 % entre avril 2021 et octobre 2022 et qu'elle était nulle depuis novembre 2022.

Le 22 mars 2024, l'assuré, désormais représenté par Me Sarah El-Abshihy, a complété ses objections à l'encontre du projet de décision du 6 décembre 2023. Il a fait valoir que les experts du B. \_\_\_\_\_ auraient dû exclure toute possibilité pour lui d'entreprendre une activité adaptée, étant donné qu'il n'existait aucune activité qui respectait ses nombreuses limitations fonctionnelles. Il a soutenu que l'appréciation du Dr V. \_\_\_\_\_, qui retenait une aggravation de son état de santé en novembre 2022, devait être privilégiée, celle-ci ne prêtant pas le flanc à la critique et discutant les conclusions de l'expertise du B. \_\_\_\_\_. D'après lui, les conclusions de l'expert psychiatre S. \_\_\_\_\_ étaient en contradiction avec celles des autres experts, sans qu'il n'y ait eu de consilium entre eux, ce qui était problématique.

Par avis du 29 avril 2024, le médecin du SMR a indiqué, après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr V. \_\_\_\_\_, que celui-ci procédait à une évaluation différente d'une même situation médicale, de sorte que son expertise ne modifiait pas les conclusions médicales du SMR.

Par décision du 10 septembre 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision du 6 décembre 2023, reprenant la motivation qui y figurait. Dans un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision, il a réfuté les arguments présentés par l'assuré les 5 janvier et 22 mars 2024. Il s'est tout d'abord référé à l'avis SMR du 29 avril 2024 pour ce qui avait trait à l'expertise du Dr V. \_\_\_\_\_, qui ne fournissait aucun élément médical objectivement nouveau propre à remettre en cause les conclusions de son instruction et ne constituait dès lors qu'une appréciation différente d'une même situation. L'OAI a également relevé qu'un consensus interdisciplinaire avait eu lieu entre les experts du B. \_\_\_\_\_. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il a expliqué et confirmé les calculs tels qu'exposés dans son projet de décision du 6 décembre 2023. Il a également indiqué qu'il existait suffisamment

d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré ; son Service de réadaptation avait en effet retenu le 27 novembre 2023 que l'intéressé était capable de réaliser un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, comme par exemple « montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement ou encore comme opérateur sur machines conventionnelles (perçage, fraisage et autres) ». Au vu de ce qui précédait, l'OAI n'était pas en mesure de modifier sa position.

**C.** Par acte du 11 octobre 2024, H.\_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Sarah El-Abshihy, a interjeté un recours à l'encontre de la décision susmentionnée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, principalement, à sa réforme en ce sens qu'il a droit à une demi-rente d'invalidité entre avril 2021 (sic) et octobre 2022, puis à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> novembre 2022 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, le recourant fait valoir que l'expertise privée menée par le Dr V.\_\_\_\_\_ doit prévaloir sur celle menée par le B.\_\_\_\_\_, puisqu'elle est motivée et convaincante, plus récente, et qu'elle prend position sur les conclusions des experts du B.\_\_\_\_\_. Il reproche en particulier à ces derniers d'avoir omis de prendre en considération l'aggravation de son état de santé à compter du mois de novembre 2022 pourtant documentée par plusieurs rapports médicaux au dossier. Ainsi, à ses yeux, une incapacité de travail de 50 % devait être retenue entre les mois d'avril 2021 et octobre 2022, puis une incapacité de travail totale dès le 1<sup>er</sup> novembre 2022. Subsidiairement, le recourant estime qu'en présence de deux expertises contradictoires, l'autorité intimée se devait de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Dans un autre moyen, le recourant fait valoir qu'il n'existe aucune activité adaptée à ses nombreuses limitations fonctionnelles. A ses yeux, celles-ci l'empêcheraient d'exercer une activité physique et/ou manuelle. Il relève en outre à cet égard que les experts du B.\_\_\_\_\_ ont omis de prendre en considération de nombreuses limitations fonctionnelles figurant dans les rapports de ses médecins traitants, tels que retenus dans l'avis SMR du 20 mars 2023. Enfin, son

âge et le fait qu'il ait toujours exercé la même activité depuis son arrivée en Suisse il y a plus de trente ans rendaient inenvisageable toute réorientation professionnelle, même non qualifiée ; l'absence de connaissances informatiques, de formation et l'impossibilité de lire et d'écrire le français constituaient d'autres obstacles s'ajoutant à ses limitations fonctionnelles.

Par réponse du 28 novembre 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision litigieuse.

Le 10 février 2025, l'assuré, sous la plume de son conseil, a sollicité au titre de mesures d'instruction la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, respectivement d'une expertise complémentaire, et subsidiairement l'audition du Dr V.\_\_\_\_\_.

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son droit à une rente d'invalidité, ensuite de sa demande du 18 octobre 2021.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** En l'occurrence, le recourant a déposé sa demande en octobre 2021 et l'éventuel droit à la rente a pris naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, à savoir le 1<sup>er</sup> avril 2022 (art. 29 al. 1 LAI). C'est donc le nouveau droit qui est applicable au présent cas.

**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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière. Enfin, des quotités spécifiques de rente sont prévues lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 %. L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

**c)** 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\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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\_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C\_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou

diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l’expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l’expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu’un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l’expert (TF 9C\_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées).

**d)** 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.** En l’espèce, il est constant que le recourant est durablement et totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de [...] depuis avril 2021.

L’intimé estime cependant qu’il est capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d’effort de préhension et de pronosupination forcée, problèmes neuropsychologiques, perte d’endurance, photophobie, troubles de la concentration, activité peu stressante, sans traitement simultané d’informations multiples, sans prise de décision immédiate) à 80 %, avec une baisse de rendement de 20 % depuis octobre 2021, se fondant sur l’expertise pluridisciplinaire menée par le B. \_\_\_\_\_ le 27 septembre 2023. Le recourant conteste cette position, estimant que les volets psychiatrique et consensuel de cette expertise ne sont pas probants et qu’il convient de se rallier à l’expertise

psychiatrique privée menée par le Dr V.\_\_\_\_\_ le 21 décembre 2023, laquelle concluait à une incapacité de travail de 50 % entre avril 2021 et octobre 2022 et de 100 % dès le mois de novembre 2022.

Il s'agit donc d'analyser la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire menée par le B.\_\_\_\_\_.

**a)** Sur le plan somatique, l'expert en médecine interne générale a posé les diagnostics d'hypertension artérielle traitée et de dyslipidémie traitée, lesquels n'étaient pas invalidants et n'engendraient pas de problèmes professionnels ou de handicap.

Le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde sans signe évolutif ni agressivité depuis le diagnostic en 2015, ainsi que de rhizarthrose bilatérale. L'examen clinique des poignets avait révélé une douleur de l'articulation trapèzo-métarcarpienne du pouce des deux côtés ; cependant, l'examen des coudes, des hanches et des genoux n'avait en particulier montré aucune douleur à la palpation ni aucune anomalie. L'examen des chevilles montrait une augmentation de volume qui débutait au tiers inférieur de la jambe pour intéresser les chevilles et le pied, mais les mobilisations étaient indolores et les amplitudes respectées ; cette augmentation de volume disparaissait en position de décubitus dorsal et apparaissait en position debout, au piétinement et en position assise et évoquait plutôt une pathologie veineuse. Selon l'expert rhumatologue, la capacité de travail de l'expertisé dans son activité habituelle était totale jusqu'au 3 mars 2017, puis de 90 % selon l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_ du 23 février 2018, puis de 0 % à partir du 16 novembre 2021, date de la découverte de la rhizarthrose bilatérale. En revanche, la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'efforts de préhension et de pronosupination forcée) était totale depuis toujours.

L'expert X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a, quant à lui, posé les diagnostics de status après rupture d'anévrisme, hémorragie sous-arachnoïdienne, troubles d'ordre neuropsychologique et

psychiatrique, en avril 2021, ainsi que d'épisode brutal associant vertige, vomissement, sentiment de tête lourde, dont l'origine n'a pas clairement été déterminée, marquant le début d'un état dépressif, en 2016. Il a fait état d'une perte d'endurance, d'une photophobie et de troubles de la concentration depuis la rupture d'anévrisme en avril 2021, rendant impossible la reprise de l'activité habituelle. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a finalement conclu à une capacité de travail de 64 % (80 % au vu de la perte d'endurance avec une baisse de rendement de 20 % liée à la médication actuelle) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées six mois après l'anévrisme, soit en octobre 2021.

Le recourant ne conteste pas l'appréciation des experts s'agissant de sa capacité de travail résiduelle sur les plans internistique, rhumatologique et neurologique. Ces appréciations sont d'ailleurs convaincantes et ne sont pas valablement mises en doute par les éléments au dossier. En outre, ces volets d'expertise sont détaillés et motivés, leurs conclusions sont claires et étayées, elles tiennent compte des plaintes, décrivent l'anamnèse du recourant et ont été établies à l'issue d'un examen clinique et en connaissance du dossier. Ainsi, l'expertise du B. \_\_\_\_\_ sur le plan de la santé physique du recourant ne prête pas le flanc à la critique.

**b)** Sur le plan psychiatrique, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11). Il était ainsi d'avis que l'expertisé était capable de maintenir à 100 % son ancienne activité de [...], qu'il connaissait bien, de sorte que sa capacité de travail était totale depuis toujours en dehors des périodes d'hospitalisation. L'expertisé était également capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité peu stressante, sans traitement simultané d'informations multiples, sans prise de décision immédiate.

Les conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr S. \_\_\_\_\_ ne sauraient toutefois être suivies, faute de valeur probante.

L'appréciation de cet expert est en effet incomplète, insuffisamment motivée, contient des contradictions et est dûment remise en doute par les éléments au dossier.

**aa)** S'agissant tout d'abord du diagnostic, l'expert psychiatre S.\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré présentait une baisse de l'élan vital, une tristesse, une perte d'intérêt, une baisse d'estime de soi, un pessimisme, une absence de projection, un léger ralentissement psychomoteur, une fatigue et une fatigabilité moyenne, une baisse d'appétit et des troubles du sommeil, la plupart de ces symptômes étant d'intensité moyenne. Il n'a, pour le surplus, retenu aucun élément psychotique associé, alors que le recourant lui avait fait part d'hallucinations auditives, expliquant qu'il entendait sa mère décédée lui parler et lui demander de venir chez elle ; l'expertisé lui avait également indiqué avoir le sentiment que des caméras et des micros étaient présents chez lui et que tout le monde le voyait et l'écoutait. Or l'expert a nié tout délire dans le chapitre « constatations lors de l'examen », sans plus d'explication, et a jugé les hallucinations auditives rapportées peu crédibles, puisqu'elles n'étaient pas accompagnées d'un syndrome dissociatif, qu'il n'y avait aucun antécédent de délire et que l'épisode dépressif actuel ne s'accompagnait pas d'éléments psychotiques à proprement parler.

Ces affirmations ne sont pas convaincantes. Il convient tout d'abord de souligner que l'absence de délires ou d'hallucinations auditives constatée par l'expert au cours d'un entretien d'un peu plus d'une heure ne saurait démontrer leur inexistence. Il ressort à cet égard de plusieurs rapports médicaux au dossier que l'assuré s'est plaint d'hallucinations visuelles et auditives depuis le mois de novembre 2022 ; les rapports des 5 décembre 2022 et 19 mai 2023 du Département de psychiatrie du L.\_\_\_\_\_ en font état et retiennent d'ailleurs le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), ce qui laisse à penser que ces plaintes étaient crédibles. De même, le psychiatre traitant de l'assuré a retenu des symptômes psychotiques, en particulier un délire de persécution dans son rapport du 3 avril 2023, et introduit un traitement médicamenteux antipsychotique,

que le recourant prend régulièrement, comme en attestent les analyses sanguines réalisées dans le cadre de l'expertise du B.\_\_\_\_\_. Les arguments présentés par le Dr S.\_\_\_\_\_ pour réfuter la présence d'hallucinations auditives sont, du reste, sérieusement remis en doute par l'expertise privée menée par le Dr V.\_\_\_\_\_ le 21 décembre 2023, qui a exposé que le syndrome dissociatif ne constituait pas une exigence reconnue pour valider la présence d'hallucinations, qu'il était normal que l'expert du B.\_\_\_\_\_ n'objective pas de dissociation étant donné que les hallucinations étaient hebdomadaires et inconstantes, que l'absence d'antécédents avant l'accident vasculaire ou l'absence de troubles de la mémoire ne permettaient pas de nier objectivement la présence de symptômes psychotiques, que ceux-ci pouvaient être atypiques (par rapport à une personne sans troubles neurologiques) après un AVC et que le fait de présenter un ralentissement psychomoteur sans trouble de la mémoire n'était pas du tout atypique en cas de trouble dépressif et ne plaidait en aucun cas pour l'absence de symptômes psychotiques.

Or, comme l'a justement relevé le Dr V.\_\_\_\_\_, la présence de symptômes psychotiques revêt un caractère déterminant pour l'établissement du diagnostic, dès lors que, conformément à la CIM-10, seul un épisode de gravité sévère pourrait être retenu si de tels troubles devaient être considérés. Dans ces circonstances, le diagnostic posé par l'expert S.\_\_\_\_\_ de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, ne convainc pas.

Il convient également de relever, s'agissant du diagnostic posé par l'expert psychiatre du B.\_\_\_\_\_, que celui-ci ne s'est pas prononcé sur l'aggravation de l'état de santé psychiatrique du recourant, pourtant clairement mise en évidence par le psychiatre traitant à compter de l'automne 2022, soit au moment de la perte de son emploi, après près de vingt ans d'activité (cf. rapport du 28 octobre 2022 du Dr T.\_\_\_\_\_). Cette aggravation est en outre corroborée par deux hospitalisations en milieu psychiatrique intervenues en novembre 2022 et en mai 2023 en raison d'une péjoration thymique et d'idéations suicidaires, qui viennent objectivement étayer l'évaluation du médecin traitant. Or, la mission de

l'expert consiste précisément à se déterminer sur la capacité de travail de la personne expertisée sur une période donnée - en l'état depuis avril 2021 -, et non à se limiter à une appréciation ponctuelle. En l'espèce, l'expert S.\_\_\_\_\_ s'est contenté d'énumérer les rapports médicaux au dossier relatifs à la santé psychique de l'expertisé et d'en exposer le contenu, sans prendre position sur ceux-ci. Il apparaît de surcroît qu'il s'est essentiellement fondé sur les observations réalisées au moment de l'expertise, sans procéder à une analyse rétrospective ou évolutive de la situation, ce qui constitue une lacune significative dans l'évaluation attendue.

Il découle de ces éléments que, sur le plan du diagnostic strictement psychiatrique, l'évaluation de l'expert comporte des lacunes et ne peut être suivie.

**bb)** A cela s'ajoute que les conclusions de l'expert psychiatre sont peu convaincantes et contradictoires sous l'angle de la grille d'indicateurs définie à l'ATF 141 V 281.

S'agissant des indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel, force est de constater que l'appréciation des capacités, des ressources et des difficultés effectuée par l'expert psychiatre au moyen de la mini CIF est critiquable. Celui-ci expose en effet que l'intéressé peut planifier et structurer les tâches et qu'il ne présente pas de troubles de la mémoire, étant donné que « son travail exigeait une bonne capacité de planification et d'organisation » et qu'il « avait des employés sous ses ordres ». Ce faisant, l'expert se base toutefois sur la situation passée de l'assuré, qui n'a plus exercé sa profession depuis la rupture d'anévrisme en avril 2021, sous réserve d'une tentative de reprise en septembre 2021, qui s'est soldée par un échec. Cette analyse n'est donc pas pertinente pour juger des capacités de l'expertisé depuis la rupture d'anévrisme du mois d'avril 2021, qui aurait aggravé son trouble dépressif.

On peine également à comprendre comment l'expert a pu retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux

limitations fonctionnelles de l'expertisé, alors qu'il ressort de son analyse que la faculté d'adaptation de celui-ci est diminuée par la fatigue et que sa persévérance et sa capacité d'exercer des activités spontanées sont inexistantes. Il est également à noter la pauvreté de ses rapports sociaux et ses problèmes de couple, également relatés dans l'expertise (expertise B.\_\_\_\_\_, pp. 41 et 42). De même, l'expert neurologue a fait état de ressources très amoindries « avec des idées suicidaires » et « l'envie de rien » (*idem*, p. 18) et l'expert rhumatologue a noté que « ses ressources internes sembl[ai]ent faibles puisqu'il ne trouv[ait] aucune perspective [et] a[vait] tendance à se replier sur lui-même ». A ce sujet, il convient encore de relever que la compliance du recourant à son traitement médicamenteux et à son suivi psychiatrique conséquents a été qualifiée de bonne, sans toutefois que les symptômes ne disparaissent, ce qui plaide également pour un certain degré de gravité de l'atteinte.

En ce qui concerne les indicateurs relatifs à la cohérence, l'expertise psychiatrique démontre que le recourant a abandonné bon nombre d'activités sociales, occupationnelles et sportives. Alors qu'il jouait auparavant au ping-pong et au basket-ball, celui-ci ne pratique plus aucune activité sportive depuis son AVC d'avril 2021, à part une marche de trente minutes à une heure par jour (*idem*, p. 21). Au sein du foyer, il ne fait plus aucune tâche ménagère, ne fait plus les courses, ne cuisine plus (alors qu'il était bon cuisinier), sa femme se chargeant désormais de toute la gestion du foyer, pendant qu'il a envie de dormir toute la journée (*idem*, p. 22). Le dernier voyage du couple date de novembre 2022, tandis qu'en 2018, le recourant se rendait plusieurs fois par an en avion au [...] (*idem*, pp. 22 et 26). Il ressort en outre des volets de médecine interne, de neurologie et de rhumatologie que l'expertisé se trouve dans un certain isolement social, n'ayant plus envie de voir personne et restant alité une grande partie de la journée (*idem*, pp. 10, 15 et 33).

Partant, les indicateurs jurisprudentiels peuvent être qualifiés de marqués, puisque le degré de gravité fonctionnel et la cohérence vont dans le sens d'une atteinte relativement importante. Les ressources de l'assuré apparaissent, quant à elles, faibles, de sorte qu'il semble

compliqué pour ce dernier de surmonter son atteinte à la santé psychique, ce d'autant plus qu'il souffre également de comorbidités sur le plan somatique. L'ensemble de ces éléments plaide pour une atteinte psychiatrique à tout le moins partiellement invalidante, ce qui dénote avec la conclusion de l'expert psychiatre selon laquelle le recourant serait capable de travailler à 100 % dans son activité habituelle. L'analyse du Dr S.\_\_\_\_\_ ne convainc pas. On relèvera d'ailleurs que l'activité de [...] exercée par l'assuré depuis 2003 n'est pas en adéquation avec les limitations fonctionnelles psychiatriques telles que définies par l'expert psychiatre (activité peu stressante, sans traitement simultané d'informations multiples, sans prise de décision immédiate). Cette activité nécessitait en effet du recourant qu'il effectue simultanément de nombreuses tâches ([...]) et qu'il gère une équipe de collaborateurs, dans le contexte stressant de la [...] (idem, p. 22).

**cc)** Compte tenu de ce qui précède, le volet psychiatrique de l'expertise du B.\_\_\_\_\_ ne saurait être qualifié de probant.

**c)** L'évaluation consensuelle des experts du B.\_\_\_\_\_ prête également le flanc à la critique.

A la lecture de l'expertise du 27 septembre 2023, on relève en effet certaines contradictions entre les constats opérés par l'expert neurologue et ceux de l'expert psychiatre. Le Dr X.\_\_\_\_\_ a expliqué que les troubles neuropsychologiques constatés lors des examens réalisés en 2021 étaient en cohérence avec un status après rupture d'anévrisme comportant, sur le plan cérébral, des séquelles sous forme de lésions ischémiques punctiformes frontales gauches et que ces difficultés neurocognitives s'aggravaient. A ses yeux, à deux ans de la rupture d'anévrisme, il était peu probable que le recourant puisse présenter une quelconque amélioration d'un point de vue neurologique, de sorte que les troubles neurocognitifs devaient être considérés comme définitifs. Il a donc notamment reconnu que l'assuré présentait un trouble de l'attention et retenu à titre de limitation fonctionnelle une perte de concentration et une perte d'endurance entraînant une incapacité de travail de 20 % dans

une activité adaptée (cf. expertise B.\_\_\_\_\_, pp. 18 et 19). Le Dr S.\_\_\_\_\_ a, quant à lui, noté une absence de troubles de l'attention, se fondant uniquement sur ses propres constatations cliniques, sans tenir compte des examens neuropsychologiques réalisés en 2021 (*idem*, p. 24). Par ailleurs, l'expert neurologue a mentionné une évolution défavorable sur le plan psychiatrique (*idem*, p. 18), qui n'a aucunement été rapportée par l'expert psychiatre.

Dès lors, les constatations respectives des deux experts apparaissent contradictoires, alors même qu'ils sont censés œuvrer conjointement dans le cadre d'une évaluation pluridisciplinaire. L'évaluation consensuelle établie à l'issue de leur expertise ne met cependant pas en évidence l'existence d'un échange entre les experts sur ce point. Elle se limite à rapporter les conclusions respectives de chacun, sans procéder à leur confrontation ni en discuter les divergences. Cette évaluation demeure donc lacunaire, en ce qu'elle n'expose pas clairement quelle position doit être retenue en définitive.

**d)** Il résulte de ce qui précède que l'expertise du B.\_\_\_\_\_ s'avère insatisfaisante et ne permet pas de se positionner à satisfaction de droit. L'intimé ne pouvait, par conséquent, se fonder sur celle-ci pour se prononcer sur la capacité de travail du recourant.

**6.** Le recourant soutient que l'expertise psychiatrique menée le 21 décembre 2023 par le Dr V.\_\_\_\_\_, qui a pleine valeur probante, doit être suivie, de sorte qu'une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée entre avril 2021 et octobre 2022 doit être retenue, puis une incapacité de travail de 100 % dès le mois de novembre 2022.

**a)** Sur le plan formel, l'expertise psychiatrique du Dr V.\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer une pleine valeur probante. En effet, l'expert a établi le contexte médical du recourant, puisqu'il a résumé son dossier médical, synthétisant les documents médicaux depuis 2017 (expertise du Dr V.\_\_\_\_\_, pp. 3 à 19). Il a rapporté les plaintes de l'expertisé et établi une anamnèse détaillée

sur les plans personnel, professionnel, social et médical (*idem*, pp. 19 à 23). Le Dr V.\_\_\_\_\_ a ensuite procédé à des examens cliniques et des tests psychologiques, considérant que des examens sanguins n'avaient pas lieu d'être puisqu'ils avaient été effectués quelques mois plus tôt par le B.\_\_\_\_\_ et qu'ils montraient une bonne compliance aux traitements médicamenteux. Enfin, ses conclusions sont motivées et cohérentes avec les observations rapportées.

L'expert psychiatre a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique, entre avril 2021 et octobre 2022, ayant évolué vers un trouble dépressif récurrent sévère, avec symptômes psychotiques, depuis novembre 2022 au présent, en se référant à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Il a, en particulier, décrit l'aggravation de l'état de santé psychiatrique de l'expertisé intervenue en automne 2022, rapportée tant par celui-ci que par les éléments médicaux au dossier, l'assuré étant devenu totalement dépendant de ses proches au quotidien. Il a ensuite observé la présence d'un ralentissement psychomoteur sévère, sans agitation avec des troubles de la concentration sévères, des fuites d'idées et un contact de type psychotique mais assez atypique, et exposé les hallucinations auditives ponctuelles et les délires de persécution à mécanisme interprétatif et intuitif mentionnés par le recourant à compter du mois de novembre 2022. Les tests effectués (HAMILTON, Guy) ont également démontré une atteinte psychiatrique modérée jusqu'en octobre 2022 et sévère depuis novembre 2022 (*idem*, pp. 23 à 28).

L'expert a également dûment discuté le diagnostic différentiel posé par le Dr S.\_\_\_\_\_, expliquant qu'il n'était pas possible que l'intéressé présente un trouble dépressif moyen après novembre 2022 quand sa journée-type s'était nettement dégradée et qu'il nécessitait l'aide de son épouse pour les courses, le ménage, l'administratif, les sorties et qu'il présentait des symptômes psychotiques congruents à l'humeur.

Le Dr V.\_\_\_\_\_ a, par la suite, procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables, notamment au moyen de la mini-CIF. Sous l'angle du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé, il a relevé que l'intensité des troubles était sévère depuis novembre 2022 au présent, avec un impact sévère sur le quotidien chez un assuré qui nécessitait une aide dans toutes les activités quotidiennes de la part de son épouse et des limitations objectivables lors de l'examen clinique dans le sens d'une fatigue, d'une tristesse sévère présente la plupart de la journée, d'une anhédonie totale, d'un isolement social total avec des idées suicidaires fluctuantes nécessitant deux hospitalisations psychiatriques, des fuites d'idées, des hallucinations auditives et des délires de persécution. Il a noté qu'entre avril 2021 et octobre 2022, les limitations étaient modérées avec des activités quotidiennes possibles chez un assuré partiellement ralenti. L'expert a également relevé que le trouble dépressif s'était aggravé depuis novembre 2022 malgré un traitement antidépresseur et antipsychotique à des taux sanguins ayant prouvé une efficacité supérieure au placebo et un suivi psychothérapeutique intensif (une à deux fois par semaine), chez un patient qui nécessitait des soins continus.

L'expert a ensuite objectivé une bonne cohérence entre la plupart des plaintes subjectives et le constat objectif, sans bénéfices secondaires et sans exagération des plaintes. L'intéressé gardait des capacités et ressources personnelles très faibles depuis novembre 2022, celles-ci étant modérées d'avril 2021 à octobre 2022.

En définitive, le Dr V.\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail de 50 % entre avril 2021 et octobre 2022 et nulle depuis novembre 2022 au présent, tout en indiquant que la situation n'était pas stabilisée et que la capacité de travail devrait être réévaluée dans une année, soit en décembre 2024.

Une pleine valeur probante peut ainsi être reconnue à l'expertise psychiatrique du Dr V.\_\_\_\_\_, l'analyse effectuée étant

motivée, détaillée et convaincante et n'étant pas valablement mise en doute par les éléments au dossier.

**b)** Pour autant, une appréciation consensuelle du cas est encore nécessaire pour pouvoir se déterminer de manière fiable sur la capacité de travail globale exigible du recourant pour la période du mois d'avril 2022 (fin du délai d'attente d'une année) à octobre 2022, eu égard à l'appréciation du Dr X.\_\_\_\_\_, qui a conclu à une capacité de travail de 80 % avec une baisse de rendement de 20 % pour des raisons neurologiques pour cette période. A cela s'ajoute que l'expertise psychiatrique permet certes de reconnaître une pleine incapacité de travail, quelle que soit l'activité, du mois de novembre 2022 au mois de décembre 2023, date à laquelle elle a été rendue ; le Dr V.\_\_\_\_\_ a en revanche estimé que, pour la suite, la situation de l'intéressé, qui n'était pas stabilisée, devait être réévaluée, de sorte qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire devrait, quoi qu'il en soit, être mise en œuvre pour statuer sur le droit à la rente au-delà du mois de février 2024 (trois mois après une éventuelle amélioration de l'état de santé ; cf. art. 88a RAI).

**7.** Cela étant, quand bien même les éléments font défaut pour apprécier l'évolution des atteintes à la santé du recourant et ses répercussions sur sa capacité de travail dans une activité adaptée du mois d'avril 2021 au mois d'octobre 2022 et à compter du mois de février 2024, il doit être renoncé à une instruction médicale supplémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise, compte tenu de la jurisprudence relative aux assurés proches de l'âge de la retraite, exposée ci-dessous.

**a)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGa), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter

économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C\_407/2018 du 3 juin 2019 consid. 5.2 ; TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_326/2018 du 5 octobre 2018 consid. 6.2 ; TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 9C\_774/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2 ; TF 9C\_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1). Cela dit, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_188/2019 du 10

septembre 2019 consid. 7.2 ; TF 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C\_188/2019 précité consid. 7.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

**b)** En l'espèce, si une nouvelle expertise devait être mise en œuvre, comprenant *a minima* un volet psychiatrique ainsi qu'une évaluation consensuelle, afin de déterminer l'exigibilité d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, ses résultats ne pourraient vraisemblablement pas être disponibles avant l'année 2026. À cette date, le recourant atteindra l'âge de 62 ans et se trouvera à trois ans seulement de l'âge ordinaire de la retraite, ce qui pourrait rendre sa reconversion professionnelle particulièrement difficile, selon la jurisprudence précitée. Il y a lieu de rappeler, en outre, que l'intéressé a travaillé depuis son arrivée en Suisse en 1986 exclusivement dans le domaine de la restauration, sans formation reconnue ni expérience dans un autre secteur d'activité. Qui plus est, il a exercé son activité de [...] de 2003 à 2021, soit durant près de vingt ans, au sein du même établissement, d'abord tenu par son oncle puis par son neveu, évoluant ainsi dans un cadre familial que l'on peut imaginer sécurisant. Depuis sa rupture d'anévrisme en avril 2021, il n'a plus exercé aucune activité professionnelle, sous réserve des quelques semaines en septembre 2021 durant lesquelles il a tenté de reprendre son activité habituelle, sans succès. La réadaptation du recourant est de surcroît compromise par les séquelles neuropsychologiques liées à sa rupture d'anévrisme, soit

notamment des troubles de l'attention et une perte d'endurance. A cela s'ajoute que, comme analysé ci-dessus, les ressources du recourant semblent très limitées (cf. volets de médecine interne générale, rhumatologie et neurologie de l'expertise du B. \_\_\_\_\_ du 27 septembre 2023 et expertise du 21 décembre 2023 du Dr V. \_\_\_\_\_). Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle du recourant, on peine à imaginer qu'un employeur consente les moyens et les efforts nécessaires pour lui permettre de se réinsérer dans le monde du travail, et ce pour un emploi d'emblée limité dans le temps.

**c)** Il apparaît que, quand bien même une instruction complémentaire pourrait conduire à reconnaître au recourant une certaine capacité de travail dans une activité adaptée pour certaines périodes, la reprise d'une activité professionnelle ne serait pas exigible. L'intéressé ne serait en effet pas en mesure de retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles sur un marché équilibré du travail en 2026, de sorte qu'une invalidité totale doit être admise depuis le mois d'avril 2021, date à compter de laquelle une incapacité de travail totale lui est reconnue dans son activité habituelle en raison de ses atteintes à la santé somatiques. Compte tenu du délai de carence d'une année et du dépôt de la demande le 18 octobre 2021, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2022 (art. 28 et 29 al. 1 LAI).

**8.** Au vu de l'issue du litige, les requêtes du recourant tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et, subsidiairement, à l'audition d'un témoin, sont sans objet.

**9. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> avril 2022.

**b)** 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

**c)** Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 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 10 septembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que H.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> avril 2022.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H.\_\_\_\_\_ 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 Sarah El-Abshihy (pour H. \_\_\_\_\_),
- 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 :