

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 mars 2022

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Neu et Mme Durussel, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.**\_\_\_\_\_, à P.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

---

**E n f a i t :**

**A.** M.\_\_\_\_\_, né en 1967, travaillait en qualité de responsable technique au sein d'une entreprise informatique.

En incapacité totale de travailler depuis le mois de février 1999 en raison d'une dépression, il a déposé le 15 février 2000 une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assuré (rapport du Département de psychiatrie H.\_\_\_\_\_ du 20 septembre 2000), puis alloué des mesures d'ordre professionnel sous forme d'une observation professionnelle (communication du 29 mars 2001), d'un stage de réadaptation dans le cadre d'un reclassement (communication du 24 juillet 2001), d'un reclassement (communication du 6 décembre 2001) et d'une formation en qualité de chef de projet informatique (communication du 6 mars 2002).

Au terme de ces mesures, l'assuré a été engagé à compter du 1<sup>er</sup> août 2002 comme enseignant en informatique à plein temps par le Centre professionnel J.\_\_\_\_\_.

Par décision du 18 décembre 2002, l'office AI a pris acte que l'assuré avait été réadapté du point de vue professionnel et a, par conséquent, classé le dossier.

**B.** Souffrant depuis le mois de décembre 2017 d'un hémisyndrome moteur gauche à l'origine d'une incapacité totale de travailler, M.\_\_\_\_\_ a déposé le 24 avril 2018 une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans le cadre de la prise en charge et du traitement de sa pathologie, l'assuré est suivi par les docteurs I.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans un rapport du 14 mai 2018, la docteure I.\_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

L'examen neurologique de ce jour apporte de nombreux signes positifs fonctionnels moteurs et basé sur cet examen et l'ensemble du dossier qui m'a été transmis, j'ai pu confirmer au patient qu'il souffre d'un trouble neurologique fonctionnel. J'ai pu également lui confirmer qu'il est au bénéfice actuellement du traitement recommandé pour ce diagnostic à savoir une prise en charge multidisciplinaire avec physiothérapie et soutien psychologique. Il estime en effet que ses 2 traitements lui sont utiles puisqu'il mentionne des difficultés psychologiques dans le passé. Le patient s'interroge de savoir si une logopédie et une ergothérapie pourraient être utiles et au vu du bon progrès fait actuellement avec sa physiothérapeute je lui ai proposé de plutôt voir avec elle si elle pouvait également intensifier le travail sur la main et/ou référer Monsieur M.\_\_\_\_\_ à un collègue ergothérapeute près de chez lui. Pour la logopédie au vu d'un trouble actuellement très léger cela ne me semble actuellement pas indispensable. Je réévaluerai Monsieur M.\_\_\_\_\_ en contrôle clinique d'ici 4 mois mais reste à disposition pour le revoir avant si nécessaire.

Dans un rapport du 17 juillet 2018, la docteure B.\_\_\_\_\_ a décrit la situation de son patient de la manière suivante :

D'après notre évaluation, M. M.\_\_\_\_\_ souffre actuellement d'un état de stress post-traumatique complexe avec trouble dissociatif moteur (perte partielle des fonctions d'intégration de la conscience et du contrôle des mouvements corporels, difficulté à la marche et des mouvements de la main gauche). Parmi les facteurs stressants nous relevons une période de travail stressant marqué par des accusations d'un collègue d'avoir tapé sur l'épaule d'un élève ce qui est reconnu par le patient comme un facteur déstabilisant le mettant dans la position insoutenable d'agresseur, de multiples problèmes de santé dont des douleurs abdominales d'origine indéterminée et des ulcères depuis décembre 2016 ayant nécessité des examens invasifs (gastroscopie et coloscopie) ainsi que des conflits avec sa sœur.

Au vu de ses traumatismes en lien avec une éducation punitive et maltraitante, M. M.\_\_\_\_\_ a développé depuis l'enfance une tendance à l'hyperactivité et une culpabilité à déléguer (pratique excessive du sport en particulier la course à pied, tendance à effectuer des tâches professionnelles qui ne sont pas de son ressort pour décharger les autres, travail malgré des états d'épuisement). Il montre des schémas d'abnégation, de surcontrôle et des idéaux

exigeants avec des injonctions internes parfois tyranniques (« T'est nul, c'est ta faute » « Tu as 2 jambes, tu peux avancer » « Tu es un boulet, tu fais du mal »). Ces dernières sont associées à une tendance à la dissociation amenant le patient à écouter difficilement les limites de son corps en faisant abstraction de la fatigue et de la douleur avec une tendance à s'épuiser.

Actuellement l'état dissociatif se caractérise par des réactions dissociatives aiguës et transitoires (quelques heures à quelques jours) face à des événements stressants non accompagnés d'une amnésie dissociative. Les triggers très bien identifiés par le patient sont notamment la fatigue, les situations d'abandon, des environnements trop bienveillants qui déclenchent une réaction de fuite, une surstimulation sensorielle (environnement trop stimulant et bruyant tels que des foules ou des situations de trafic intense sur la route), des confrontations avec les personnes maltraitantes de sa famille. Ces épisodes peuvent s'accompagner de perturbations de l'identité et du sens du soi entraînant des émotions intenses de perte d'espoir et de dépression, des idées suicidaires et d'un trouble de l'agentivité (difficulté à contrôler ses gestes auto-agressifs et une tendance à l'hyperactivité). Sur le plan perceptif le patient rapporte dans ces moments précis un rétrécissement occasionnel du champ de la conscience (rétrécissement du champ visuel périphérique avec déréalisation), une désorientation spatiale ainsi qu'une plus grande difficulté à contrôler son hémicorps gauche en particulier la marche et l'utilisation de la main gauche. Les épisodes dissociatifs peuvent s'accompagner d'altérations cognitives (désorganisation de la pensée lui donnant l'impression de ne plus gérer l'information, pensées obsédantes tyranniques d'inutilité et sensation de honte). Le dernier épisode aigu de ce type date du début avril 2018.

De manière globale, le patient présente une bonne humeur ponctuée par des périodes [de] tristesse avec une thymie estimée à 5/10 pendant 2h/3h à 2 jours en lien avec le sentiment d'avoir une autonomie amoindrie et une difficulté à accepter les limitations dues à son trouble dissociatif moteur (trouble neurologique fonctionnel). Il existe de manière plus récurrente une sensation vespérale de vide et d'abandon que le patient essaie de fuir dans le sommeil. Depuis l'enfance, il souffre de troubles du sommeil cyclique avec des périodes d'environ 1 mois et demi pendant lesquelles le sommeil est réduit à 3h par nuit. Ces troubles sont traités par un traitement de Somnium 1/2 comprimé prescrit par son médecin traitant. M. \_\_\_\_\_ a arrêté le Somnium depuis mi-mai 2018. Le patient souffre aussi de migraines avec sensation de tête dans un étai sur des cycles de 3 jours et actuellement en voie d'amélioration. Malgré des améliorations sur le plan moteur rendant la marche et le discours plus fluides avec amélioration de la fluence verbale, il souffre encore d'une importante fatigabilité associée à des fléchissements drastiques des performances motrices et cognitives. Une demi-journée trop stimulante (situations de foules ou bruyantes ou face à des groupes qui discutent entre eux) ou des activités cognitives simples (une heure de concentration sur un jeu de société (scrabble), ou des activités nécessitant une capacité de tri de l'information et une attention divisée) engendrent parfois un épuisement entraînant une marche à 4 pattes, des difficultés de flexion des épaules l'empêchant d'atteindre des objets en hauteur, un ralentissement idéo-moteur, des troubles de la concentration et

attentionnels, un discours moins fluide et une difficulté dans la lecture à voix haute, une sensation de ne plus réussir à intégrer l'information et de vide psychique. Il mentionne des difficultés de récupération en mémoire sémantique (difficulté à trouver ses mots dans son domaine de compétence et de vocabulaire et de flexibilité mentale occasionnant par exemple des difficultés dans les transformations dans les unités de mesure).

Lors du dernier contrôle, le patient n'avait pas d'idées noires, il ne présente pas de symptômes florides de la lignée psychotique et ne consomme pas de toxiques.

Dans un rapport du 12 septembre 2018, la docteure I. \_\_\_\_\_ a rapporté la situation suivante :

Monsieur M. \_\_\_\_\_ a toujours de nombreux signes positifs pour un trouble moteur fonctionnel mais l'évolution est lentement favorable et il a même pu reprendre une activité professionnelle à 20 % aujourd'hui. Je l'encourage donc dans ce sens et nous avons prévu un prochain contrôle clinique dans 6 mois. Sa thymie est bonne et il a très bien compris son diagnostic.

Fort de ces renseignements, l'office AI a, par l'intermédiaire de son Service Médical Régional (SMR), ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dont la réalisation a été confiée au docteur D. \_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 19 août 2019, le docteur D. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de possible trouble dissociatif de conversion mixte et considéré que ce trouble, de peu de sévérité, n'empêchait pas l'assuré d'exercer à plein temps son activité de maître socio-professionnel.

Par projet de décision du 10 octobre 2019, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Désormais représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne, M. \_\_\_\_\_ a, dans le cadre des objections qu'il a fait valoir à l'encontre de ce projet de décision, produit une prise de position du 4 novembre 2019 de la docteure B. \_\_\_\_\_, dont on extrait le passage suivant :

A mon avis, le trouble de Mr M.\_\_\_\_\_ est sévère, et malheureusement en train de devenir chronique, ce qui péjore son pronostic de récupération. Il continue de présenter quotidiennement des troubles de la marche, une perte de force du membre supérieur gauche, des troubles de l'élocution et des troubles neuropsychologiques sous forme de troubles de la concentration et d'une fatigabilité extrêmes. Ces symptômes ne sont pas compatibles avec l'exercice d'une profession d'enseignant à 100 %. Ils découlent directement du trouble dissociatif (de conversion), diagnostic psychiatrique dont il souffre.

Dans l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité (point 7.3), le Dr D.\_\_\_\_\_ affirme que le « tableau clinique rapidement fluctuant en réduit la plausibilité et ouvre la possibilité d'un comportement de malade sortant du champ médical ».

Cette affirmation démontre le peu de connaissance que le Dr D.\_\_\_\_\_ a du trouble dissociatif (de conversion), puisque justement le côté fluctuant des symptômes fait partie intégrante des tableaux cliniques présentés par ces patients, et que dans les manuels diagnostiques, cela ne représente nullement un critère d'exclusion.

En conclusion de l'expertise, le Dr D.\_\_\_\_\_ considère qu'il n'y a jamais eu d'incapacité de travail psychiatrique, alors que le patient présente quotidiennement des symptômes psychiatriques (tr. dissociatif de conversion) l'empêchant d'exercer son activité professionnelle d'enseignant.

Monsieur M.\_\_\_\_\_ a connu par ailleurs un parcours psychiatrique gravissime dont il a pu se stabiliser il y a 17 ans. Par contre sa vulnérabilité psychiatrique persiste et une décompensation psychiatrique grave avec idéation suicidaire est tout à fait possible s'il devait tenter de recommencer son travail à 100 % comme préconisé par le Dr D.\_\_\_\_\_, ce dont je l'estime à l'heure actuelle incapable. Il a trouvé un semblant d'équilibre avec une activité professionnelle à 20 %, et la dissociation grave dont il souffre le protège actuellement de symptômes psychiatriques plus aigus comme un épisode dépressif sévère ou même une réactivation de comportements borderline.

Dans un rapport du 16 janvier 2020, la docteure B.\_\_\_\_\_ a informé l'office AI des faits suivants :

En tant que psychiatre-psychothérapeute traitante de Monsieur M.\_\_\_\_\_, je dois vous informer d'une nette péjoration de son état de santé psychique depuis le 17.12.2019.

En effet, alors que les symptômes dissociatifs (troubles de la marche, troubles du langage) sont toujours présents, des symptômes de baisse nette de moral avec idéation suicidaire active sont apparus. Monsieur M.\_\_\_\_\_ relie cette apparition d'idées suicidaires graves (avec scénarios de passage à l'acte, pas imminent à l'heure actuelle mais possiblement dans les mois à venir) à la probable obligation de reprise du travail à plein temps, par nécessité

financière, au cas où l'Assurance-invalidité confirmerait son projet de rejet de toute prestation.  
Il fait actuellement tout son possible pour améliorer sa capacité de travail, mais il plafonne à une capacité de travail de 20% en raison des troubles précités.

A noter que c'est la première fois que Monsieur M. \_\_\_\_\_ me fait part d'idées suicidaires, en 2 ans de suivi psychiatrique. Les symptômes du trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, diagnostiqué en 1999 s'étaient grandement stabilisés, et n'étaient plus décelables. Le stress que représente son incapacité de travail et la crainte de se retrouver complètement démuné au niveau financier (la seule option serait de vendre son domicile, ce à quoi il a pensé, mais selon lui il est difficile de vendre son bien immobilier en raison de sa localisation) font malheureusement se réactiver un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline qui a mené à de multiples tentatives de suicide gravissimes, dont il n'a à plusieurs reprises été sauvé que par l'intervention fortuite de tierces personnes.

Ces antécédents psychiatriques gravissimes conjugués à sa suicidalité active actuelle me font retenir à nouveau le diagnostic supplémentaire de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline CIM-10 F60.31. Il ne s'agit donc pas d'un trouble qui s'est guéri, mais bien qui a été dormant durant toutes ces années et qui malheureusement se réactive actuellement.

Après avoir requis une prise de position du SMR (avis du 16 juillet 2020), l'office AI a, par décision du 22 juillet 2020, confirmé son refus de prester.

**C. a)** Par acte du 14 septembre 2020, M. \_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Monnard Séchaud, a déféré la décision du 22 juillet 2020 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2018, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. En substance, il estimait qu'aucune valeur probante ne pouvait être reconnue à l'expertise réalisée par le docteur D. \_\_\_\_\_, dans la mesure où, sur le plan formel, il aurait convenu, compte tenu de la nature de l'affection psychique, de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique) et où, sur le plan matériel, l'expert aurait méconnu la sévérité du trouble dissociatif de conversion. Il reprochait également à l'office AI de n'avoir pas tenu compte de

l'aggravation de son état santé survenu postérieurement à l'expertise, soit la décompensation d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, et, partant, d'avoir mis un terme prématuré à l'instruction. A l'appui de son recours, M. \_\_\_\_\_ a produit un rapport médical de la docteure B. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2020, dont la teneur était la suivante :

L'office de l'Assurance invalidité s'est basée pour prendre sa décision sur un avis de son Service médical Régional (Dr W. \_\_\_\_\_) du 16 juillet 2020, qui soulève plusieurs points méritant réponse :

### **1) Diagnostic psychiatrique :**

Le diagnostic psychiatrique que j'ai posé dans mon premier rapport AI daté du 17.07.2018 était :

**Trouble dissociatif (de conversion) F44 CIM-10, plus précisément Trouble dissociatif de la motricité F44.4 CIM-10**

**Etat de stress post-traumatique complexe (CIM-11 code pas encore publié)**

L'état de stress post-traumatique complexe (cf retranscription de la CIM-11 en fin de document), nouvelle entité diagnostique qui est intégrée à la CIM-11 avec le code 6B41 est un diagnostic qui décrit les modifications de fonctionnement de la personnalité survenant après des événements traumatisants, comme une maltraitance infantile sur la durée, dont a souffert Monsieur M. \_\_\_\_\_.

En juin 2018, l'Organisation mondiale de la santé a publié la CIM-11, afin que les thérapeutes puissent se familiariser avec cette nouvelle classification, qui entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 et remplacera la CIM-10.

J'admets l'erreur d'avoir utilisé la classification de la CIM-11 en juillet 2018 pour décrire le trouble de Monsieur M. \_\_\_\_\_, alors qu'elle n'était pas encore en vigueur.

Comme l'expert de l'AI, Dr D. \_\_\_\_\_, se réfère à la classification actuelle, j'ai repris la classification CIM-10 pour diagnostiquer le fonctionnement de personnalité de Monsieur M. \_\_\_\_\_, et j'ai donc mentionné dans mon rapport médical du 4 novembre 2019 qu'il était connu pour un trouble de la personnalité borderline.

Il ne s'agit donc pas d'un changement de diagnostic psychiatrique, mais bien de quelle classification internationale (CIM-10 vs CIM-11) est utilisée pour décrire les symptômes du patient.

Il est important de mentionner les antécédents psychiatriques du patient, un **trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline** étant déjà mentionné dans les rapports d'hospitalisation psychiatrique à l'hôpital psychiatrique universitaire de Q. \_\_\_\_\_ en 2000 (hospitalisations suite à de multiples tentatives de suicide gravissimes. Rapports médicaux en annexe).

La Dresse F.\_\_\_\_\_, psychiatre traitante du patient de 2000 à 2004 l'avait également indiqué dans son rapport AI du 6 mars 2002.

**En résumé, le trouble dissociatif moteur CIM-10 F44.4 est actuellement au premier plan, avec également un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline CIM-10 F60.31**

## **2) Sévérité du trouble**

Dans la discussion du rapport du SMR du 16 juillet 2020, il est mentionné que les nouveaux rapports médicaux ne remettent pas en cause l'absence d'atteinte somatique incapacitante, mais confirment la nature fonctionnelle de l'atteinte.

Effectivement, le trouble dissociatif moteur est de nature fonctionnelle, mais reste néanmoins un diagnostic psychiatrique grave reconnu par la CIM-10. Le patient souffre bien d'un trouble psychiatrique.

**Concernant le degré de sévérité du trouble dissociatif**, le rapport du SMR dit que je n'explique pas pour quelle raison je retiens une atteinte d'intensité sévère.

Effectivement, j'aurais dû expliquer que dans l'évaluation des troubles dissociatifs, le degré d'intensité dépend de la gravité de l'atteinte motrice (d'où la nécessité d'une évaluation clinique précise par un neurologue, puisque les symptômes d'un trouble dissociatif moteur sont d'ordre neurologique (perte de force, lâchages, fatigabilité, démarche non ergonomique, ...) et c'est la raison du suivi régulier auprès de la Prof. I.\_\_\_\_\_, consultation de neuropsychosomatique à l'Hôpital A.\_\_\_\_\_ à V.\_\_\_\_\_). C'est également la raison pour laquelle un neurologue doit être impliqué dans l'évaluation clinique. (veuillez trouver ci-joint un article écrit pour la Revue Médicale Suisse qui décrit la collaboration nécessaire entre psychiatre et neurologue : *Le trouble dissociatif, une clinique à l'interface de la neurologie et de la psychiatrie*, RMS, 2008).

La sévérité du trouble dépend également de la durée des symptômes dissociatifs moteur. Des symptômes qui disparaissent en quelques jours, voire quelques semaines sont de peu de sévérité. **Des symptômes qui comme chez Monsieur M.\_\_\_\_\_ sont encore présents au quotidien durant plusieurs années, sont considérés comme d'intensité sévère.**

La présence des symptômes dissociatifs du patient (troubles de la marche, de la force, de la motricité de la main droite et de l'élocution) ont un impact sur la capacité de travail du patient, puisqu'il ne peut qu'avec peine travailler plus de 2 heures d'affilée, car sinon les troubles de la marche, de la parole et de la motricité se péjorent, au point qu'il ne peut plus se déplacer, doit monter à 4 pattes des marches d'escalier, perd la fluidité de sa parole et doit dormir pendant plusieurs heures pour récupérer.

Que l'expert de l'AI ne retienne aucune répercussion de son trouble psychiatrique sur sa capacité de travail est surprenante.

Le patient a pu reprendre le travail à 20 % (réparti sur plusieurs jours) depuis 2 ans, mais malgré beaucoup d'efforts de sa part, il n'a pas pu augmenter sa capacité de travail, telle qu'également attestée par son médecin traitant Dr K.\_\_\_\_\_.

Je réitère donc ma proposition, que Monsieur M.\_\_\_\_\_ **bénéficie d'une évaluation pratique de sa capacité de travail dans un des centres de l'AI (sur une durée de 3 mois environ).**

### **3) Suicidalité**

Monsieur M.\_\_\_\_\_ présente une suicidalité depuis sa première tentative de suicide à l'âge de 12 ans (tentamen par arme à feu). Il s'en est suivi un grand nombre de tentatives de suicide grave (veuillez vous référer aux rapports d'hospitalisation de l'hôpital psychiatrique universitaire de Q.\_\_\_\_\_ en 2000).

Cette suicidalité s'inscrit dans le cadre du trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, et est fluctuante. Elle s'est nettement amendée durant les années de stabilité où il a pu travailler, mais a resurgit fin 2019 dans le contexte des stressés liés à sa situation financière. Je considère le **potentiel suicidaire comme élevé**, comme écrit dans mon rapport complémentaire du 16 janvier 2020. Le potentiel suicidaire décrit la probabilité qu'une personne passe à l'acte suicidaire dans le futur. La prise en charge au long cours d'une suicidalité dans le cadre d'un trouble de la personnalité est en première ligne le traitement ambulatoire. C'est lors d'une imminence d'un passage à l'acte qu'une hospitalisation est nécessaire, afin d'en éviter la survenue.

En conclusion, je considère que Monsieur M.\_\_\_\_\_ souffre d'un trouble psychiatrique sévère, selon les diagnostics posés ci-dessus, et qui ont un lien direct avec sa capacité de travail, que j'estime actuellement à 20%, avec donc une incapacité de travail d'ordre psychiatrique de 80%.

**b)** Dans sa réponse du 28 octobre 2020, l'office AI a conclu au rejet du recours, renvoyant, en ce qui concernait l'appréciation des nouveaux documents produits, à un avis du SMR du 22 octobre 2020.

**c)** Dans sa réplique du 18 décembre 2020, M.\_\_\_\_\_ a critiqué l'analyse opérée par le SMR dans son avis du 22 octobre 2020 et produit, à l'appui de ses déterminations, de nouveaux rapports médicaux des docteurs I.\_\_\_\_\_ (du 28 septembre 2020) et B.\_\_\_\_\_ (du 12 novembre 2020). De ce dernier rapport, on extrait notamment ce qui suit :

Pour rappel, le patient sus-nommé est suivi à ma consultation de longue date. En janvier 2018, il m'a été adressé par le Service de Psychiatrie de Liaison de l'Hôpital N.\_\_\_\_\_ pour prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique d'un trouble dissociatif moteur. Au début de cette prise en charge, le trouble de la personnalité

émotionnellement labile de type borderline était globalement stabilisé, sans nouvelle tentative de suicide depuis les années 2000, mais avec une suicidalité latente sous forme d'idées suicidaires occasionnelles dont le patient arrivait à se distancier. Lors de l'expertise psychiatrique mandatée par l'AI et datée du 19 août 2019, ce trouble était globalement stabilisé, par contre le trouble dissociatif moteur était décompensé.

Malheureusement, l'état psychiatrique du patient s'est péjoré depuis l'été 2019, avec une recrudescence des idées suicidaires, comme déjà mentionné dans mon rapport de janvier 2020. Depuis septembre 2020, l'état psychiatrique du patient a continué à se péjorer avec survenue d'une tristesse envahissante et constante, d'une grande dévalorisation de soi, d'une perte de la capacité à ressentir du plaisir, et avec une forte augmentation des idées suicidaires. (veuillez vous référer au status psychiatrique ci-dessous).

J'ai diagnostiqué un épisode dépressif sévère, qui a nécessité une intensification du suivi psychiatrique ambulatoire, avec l'introduction d'une médication antidépressive par Escitalopram actuellement dosé à 20mg/j, l'introduction d'une anxiolyse et tentative de réduction de la survenue des idées suicidaires par un traitement de Temesta, l'introduction d'un médicament hypnotique-sédatif par Stilnox CR 12.5 afin d'améliorer le sommeil.

Une hospitalisation en milieu psychiatrique aurait été indiquée en raison de la péjoration de l'état de santé psychique et contact a été pris avec l'hôpital psychiatrique d'E.\_\_\_\_\_. Malheureusement le patient, en raison de ses mauvaises expériences passées lors d'hospitalisations psychiatriques, a refusé une hospitalisation en mode volontaire, souhaitant une prise en charge ambulatoire en premier lieu. N'ayant pas les critères d'une hospitalisation en mode non volontaire, le patient étant collaborant et preneur de la prise en charge ambulatoire, la prise en charge ambulatoire a été intensifiée avec l'introduction depuis le 2 novembre 2020 d'une prise en charge conjointe avec un infirmier indépendant en psychiatrie, Monsieur S.\_\_\_\_\_, [...], [...] [à] G.\_\_\_\_\_, qui a la possibilité de faire des visites à domicile.

Le patient nécessite actuellement un suivi de crise psychiatrique comprenant des RDV 2 fois par semaine.

A noter qu'une hospitalisation non volontaire en milieu psychiatrique d'un patient présentant un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline peut aggraver le risque suicidaire et précipiter un passage à l'acte suicidaire. Le traitement psychiatrique-psychothérapeutique d'un patient souffrant d'une suicidalité chronique est donc en première ligne une prise en charge ambulatoire, lorsque le patient est collaborant.

**d)** Dans sa duplique du 20 janvier 2021, l'office AI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours, renvoyant, en ce qui concernait l'appréciation des nouveaux documents produits, à un avis du SMR du 6 janvier 2021. Il a toutefois précisé que, si l'aggravation mise en évidence au mois de septembre 2020 devait perdurer, l'assuré était invité à déposer une nouvelle demande.

**e)** Dans ses déterminations du 16 février 2021, M.\_\_\_\_\_ a maintenu les contestations soulevées dans ses précédentes écritures.

**f)** Par courrier du 8 mars 2021, M.\_\_\_\_\_ a transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal un rapport établi le 2 mars 2021 par le Centre de psychiatrie Z.\_\_\_\_\_ faisant état d'une hospitalisation au sein de ce service du 4 au 26 février 2021 en raison d'idées suicidaires avec scénario et moyens.

**g)** Dans ses déterminations du 31 mars 2021, l'office AI a encore une fois conclu au rejet du recours, renvoyant, en ce qui concernait l'appréciation des nouveaux documents produits, à un avis du SMR du 17 mars 2021.

**h)** Dans ses déterminations du 26 avril 2021, M.\_\_\_\_\_ a réitéré sa demande tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire neurologique et psychiatrique.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise

du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**3.** Dans un premier grief de nature formelle, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en tant que la décision attaquée contiendrait une motivation pour le moins laconique, sinon lacunaire.

**a)** La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.) le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, il suffit que le juge mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. L'autorité n'a ainsi pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties ; elle peut au contraire se limiter aux points essentiels pour la décision à rendre (ATF 133 III 439 consid. 3.3 et les références).

**b)** Pour autant qu'il puisse être considéré comme suffisamment motivé, le grief de violation de l'art. 29 al. 2 Cst. pour défaut de motivation de la décision attaquée est mal fondé en l'espèce. La motivation de ladite décision permet de comprendre parfaitement quels éléments ont été retenus par l'office intimé et pourquoi ils l'ont été. En réalité, en tant que le recourant reproche à l'office intimé d'avoir insuffisamment motivé sa position, il formule des griefs qui relèvent de la constatation des faits et de l'appréciation des preuves et qu'il convient d'examiner avec le fond du litige.

**4. a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** D'après l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

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

**5. a)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

**b)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

**c)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1).

**6. a)** En l'occurrence, il convient de retenir que le recourant a présenté, à compter du mois de décembre 2017, des symptômes qui peuvent être attribués à un trouble dissociatif (de conversion) mixte. Malgré les réserves exprimées par le docteur D.\_\_\_\_\_, il n'y a pas lieu

de remettre en cause le bien-fondé de ce diagnostic, lequel a été bien documenté par les docteurs I. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_.

**b)** Toute autre est la question de l'intensité de cette pathologie et son influence sur la capacité de travail du recourant. Alors que le docteur D. \_\_\_\_\_ soutient, dans son rapport d'expertise, que l'atteinte est de peu de gravité et ne limite en aucune façon la capacité de travail du recourant, la docteure B. \_\_\_\_\_ considère que son patient souffre d'un trouble psychiatrique sévère qui réduit sa capacité de travail à 20 % au maximum.

**aa)** Force est de reconnaître en l'occurrence qu'il n'est pas possible de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise réalisée par le docteur D. \_\_\_\_\_. Du rapport rédigé par ce médecin, il se dégage en effet un sentiment de superficialité au regard de la complexité de la situation médicale du recourant. Si le rapport d'expertise contient des explications détaillées quant aux motifs qui ont conduit l'expert à retenir le diagnostic de « *possible trouble dissociatif de conversion mixte* », il n'en va pas de même en ce qui concerne l'évaluation médicale et médico-assurantielle. Il convient en effet de constater que les conclusions de l'expert (« *Cette situation ne peut dès lors valoir que pour un trouble dissociatif de conversion de peu de sévérité qui ne saurait être corrélé à une quelconque incapacité de travail psychiatrique* »), assénées de manière péremptoire sans véritable discussion des différents éléments mis en évidence dans l'anamnèse et au cours de l'examen clinique, ne permettent pas de comprendre pourquoi les limitations évoquées par le recourant et ses médecins traitants ne devraient objectivement avoir aucun impact sur sa capacité à exercer son activité professionnelle et à vaquer à ses travaux habituels. Les explications données par l'expert concernant la cohérence et la plausibilité n'éclairent guère mieux la situation (« *S'il y a des arguments pour un trouble dissociatif, le tableau clinique rapidement fluctuant en réduit la plausibilité, et ouvre la possibilité d'un comportement de malade sortant du champ médical* »). Quoi qu'il en soit, les explications sommaires données par le docteur

D.\_\_\_\_\_ ne sauraient suffire à justifier l'existence d'une pleine capacité de travail.

**bb)** Pour autant, le point de vue défendu par la docteure B.\_\_\_\_\_ dans les différents rapports qu'elle a établis au cours de la procédure n'est pas plus convaincant. A la lecture de ces documents, il se dégage en effet une nette discordance entre la situation - particulièrement grave et dramatique - décrite par ce médecin et la réalité objective telle que vécue par le recourant. Des nombreuses pièces médicales versées au dossier, il ressort que le recourant est capable d'avoir des loisirs qui, pour certains d'entre eux, requièrent un investissement physique important (marche, ski), de s'occuper de ses tâches ménagères ou encore de gérer ses affaires administratives (rapports de la docteure I.\_\_\_\_\_ du 12 septembre 2018, laquelle dresse un tableau de la situation qui semble plutôt rassurant ; du docteur D.\_\_\_\_\_ [p. 9] ; du Centre de psychiatrie Z.\_\_\_\_\_ du 2 mars 2021 [p. 2]), éléments qui contrastent avec la capacité résiduelle de travail très limitée admise par la docteure B.\_\_\_\_\_. Ce médecin évoque par ailleurs une grave atteinte motrice (avec, en particulier, des troubles de la marche, de la force ou de la motricité de la main droite) dont l'intensité n'a pas vraiment été confirmée par la docteure I.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 septembre 2018. Dans ces conditions, la Cour peine à comprendre en quoi les manifestations du trouble dissociatif de conversion ne seraient pas compatibles, moyennant l'usage éventuel de moyens auxiliaires adaptés, avec l'exercice d'une activité lucrative.

**c)** A cela s'ajoute que l'état de santé psychique du recourant a connu une nette aggravation postérieurement à l'expertise du docteur D.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 12 novembre 2020, la docteure B.\_\_\_\_\_ fait état d'une péjoration de l'état psychique du recourant à compter de l'été 2019 avec une recrudescence des idées suicidaires, d'une nouvelle péjoration à compter du mois de septembre 2020 avec survenance « *d'une tristesse envahissante et constante, d'une grande dévalorisation de soi, d'une perte de la capacité à ressentir du plaisir, et avec une forte augmentation des idées suicidaires* » et de l'introduction à compter du 2

novembre 2020 d'un suivi par un infirmier en psychiatrie ; elle évoque, en sus du trouble dissociatif de conversion, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Dans son rapport du 2 mars 2021 établi à la suite de l'hospitalisation du recourant en son sein, le Centre de psychiatrie Z.\_\_\_\_\_ retient le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, tout en précisant que la péjoration était survenue au décours des vacances d'été 2020.

**d)** Sur le vu de ce qui précède, il convient d'admettre qu'il n'est pas possible, en l'état du dossier, de déterminer précisément l'impact du trouble dissociatif de conversion présenté par le recourant sur sa capacité de travail ainsi que l'évolution de son état de santé psychique à compter de l'été 2019. Faute d'éléments véritablement probants, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'office intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Compte tenu de la nature particulière de la symptomatologie, il lui incombera de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire conformément à l'art. 44 LPGA comportant un volet neurologique et un volet psychiatrique, en invitant expressément les experts à s'exprimer de manière précise et détaillée quant à l'évolution - sur le plan clinique et diagnostique - de l'état de santé psychique du recourant et de sa capacité de travail depuis le mois de décembre 2017.

**7. a)** Aussi, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA), la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le

tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter, compte tenu de l'importance de la cause, de ses difficultés et de l'ampleur du travail effectué, à 3'500 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 mettre à la charge de l'office intimé.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 22 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 M.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Corinne Monnard Séchaud, avocate (pour M.\_\_\_\_\_),
- 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 :