

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} mai 2023

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], chauffeur professionnel, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 26 avril 2019, en faisant état d'une incapacité de travail de 100 % depuis octobre 2016 en raison de plusieurs atteintes somatiques ainsi qu'un état anxiodépressif. Il a joint notamment un rapport établi le 2 avril 2019 par la Dre R._____, spécialiste en chirurgie, relatif à des soins dans le contexte d'une suspicion de fissure anale.

Un extrait du compte individuel AVS de l'assuré a été versé au dossier le 8 mai 2019.

Le 4 juin 2019, le Dr M._____, spécialiste en médecine interne générale, a adressé un rapport à l'OAI, dans lequel il concluait à une capacité de travail nulle dans toute activité depuis le 1^{er} janvier 2019, précédemment de 30 % dès le 1^{er} septembre 2018. Les limitations fonctionnelles à prendre en compte étaient un état de fatigue chronique, des troubles du sommeil, un épuisement, un état anxiodépressif, un état de panique et un mauvais état général. Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants :

- « - Maladie de Castelman multicentrique idiopathique type TAFRO depuis mars 2016.
- Médiastinite sclérosante, micronodules lobe inférieur poumon gauche, adénopathies et splénomégalie.
- Thrombose artérielle du [membre supérieur gauche] en octobre 2016
- Maladie rénale chronique actuellement stade G3a/A1 depuis septembre 2018
- Glomérulonéphrite membrano-proliférative
- Anémie normochrome microcytaire d'origine mixte rénale et ferriprive
- Pneumonie à *Pneumocystis jirovecii* en mars 2017 avec OAP
- céphalées
- dyslipidémie
- [Hypertension artérielle]
- Obésité 110kg pour 168cm
- Anticoagulothérapie à vie, sous Sintrom
- Etat anxieux récidivant avec état de panique, état dépressif, insomnie, palpitations fréquentes, il est suivi par les psychiatres, actuellement par le Docteur V._____ à Montreux

- Syndrome d'apnée du sommeil adressé au pneumologue le Dr G._____, rdv le 14.08.2018
- Etat de fatigue chronique, insomnie. État d'angoisse, épuisement et mauvais état général
- Suspicion de fissure anale. »

Le Dr M._____ a par ailleurs joint les rapports médicaux suivants :

- Un rapport du 26 avril 2018 du Dr K._____, spécialiste en néphrologie, constatant que la fonction rénale s'était améliorée et qu'il n'y avait pas de justification pour une rente d'invalidité sur le plan néphrologique.
- Un rapport du 17 mai 2018 des Drs B._____ et C._____, spécialistes en allergologie et immunologie clinique, constatant que l'évolution restait favorable après l'introduction du traitement médicamenteux et du suivi multidisciplinaire. Ils proposaient des réajustements de la médication à leurs confrères angiologues et néphrologues. Les paresthésies des 4^e et 5^e doigts des deux mains rapportées par le patient évoquaient un tunnel carpien, dans le cadre d'une prise de poids récente. Ces médecins étaient favorables à une reprise progressive de l'activité professionnelle.
- Un rapport du 16 mai 2019 des Drs X._____, spécialiste en chirurgie, et S._____, médecin assistant, constatant la bonne évolution de la fissure anale sous traitement conservateur.
- Un rapport établi le 24 octobre 2018 par les Drs I._____, spécialiste en hématologie, et W._____, médecin assistante, constatant que l'examen angiologique à environ deux ans post ischémie du membre supérieur gauche montrait une évolution stable et favorable sous anticoagulation thérapeutique (Sintrom) et que la maladie de Castelman était actuellement en rémission, avec toutefois un risque de récurrence inconnu.

Le Dr K. _____ a établi un rapport à l'attention de l'OAI le 14 juin 2019, indiquant que le problème principal présenté par le recourant à la dernière consultation était une suspicion de fissure anale récemment opérée. Il n'y avait pas de symptômes d'insuffisance cardiaque ni de plainte respiratoire, mais le patient décrivait une fatigabilité importante et une somnolence accrue. Il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan purement néphrologique.

Le Dr P. _____, spécialiste en cardiologie, a également adressé un rapport à l'OAI le 27 juin 2019, exposant que la capacité de travail pouvait être variable en fonction des poussées de la maladie de Castelman et que le pronostic était imprévisible dès lors que cette maladie était une affection multifocale et évolutive. Il fallait en outre tenir compte d'aspects psychologiques dans l'évaluation de la situation du patient.

Dans un rapport du 3 septembre 2019, le Dr Q. _____, spécialiste en hématologie, a indiqué que l'incapacité de travail était gérée par le médecin généraliste traitant. La maladie de Castelman était actuellement en rémission, mais une rechute était possible et imprévisible. Par ailleurs, le patient avait développé un état anxieux réactionnel face au risque de réactivation de la maladie, de sorte qu'il fallait s'adresser au psychiatre traitant.

Le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a répondu au questionnaire de l'OAI le 18 septembre 2019, posant les diagnostics présents depuis 2016 de troubles anxieux, mixte et dépressif (F41.2), et trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1). Les troubles avaient débuté en parallèle aux problèmes de santé et une analyse de la prostate avait récemment révélé une tumeur qui devait être explorée le 18 octobre 2019. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 12 mars 2019.

Le Dr L. _____ a répondu à des questions complémentaires soumises par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) le 16 mars 2020. Décrivant le status actuel, il a précisé que l'assuré était sur

liste d'attente pour une chirurgie de bypass gastrique, intervention recommandée par son chirurgien pour diminuer son poids.

Sollicité à nouveau par l'OAI, le Dr Q._____ a indiqué le 4 septembre 2020 que la maladie de Castelman était toujours en rémission et qu'il n'y avait pas d'arrêt de travail du point de vue de sa spécialité.

Répondant à de nouvelles questions du SMR le 25 janvier 2021, le Dr M._____ a indiqué que l'évolution de son patient était défavorable car il présentait un état de fatigue, s'essouffait à l'effort et ressentait de l'oppression thoracique. Un examen cardiaque était prévu. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 1^{er} janvier 2019. Le Dr M._____ a par ailleurs joint les rapports médicaux suivants :

- Un rapport du Dr I._____ du 8 janvier 2020, constatant que l'évolution restait favorable à trois ans et demi d'un épisode d'ischémie aiguë, chez un patient asymptomatique sur le plan vasculaire.
- Un rapport établi le 31 janvier 2020 par le Dr G._____, spécialiste en pneumologie, posant le diagnostic dans sa spécialité de syndrome de l'apnée du sommeil sévère, de mécanisme obstructif, appareillé par CPAP. Le patient supportait bien l'appareillage, lequel était efficace, mais la compliance n'était pas optimale.
- Un rapport du 2 novembre 2020 du Dr K._____, dont il ressort en particulier que l'assuré ne subirait pas la chirurgie bariatrique après une perte pondérale de 10 kg. Le bilan révélait une discrète amélioration de la fonction rénale et un enregistrement ambulatoire de la tension artérielle serait prochainement effectué.

Le SMR a également réinterrogé le Dr L._____, en indiquant qu'il s'étonnait de l'inaptitude professionnelle attestée alors que l'état de santé somatique s'était stabilisé et que le traitement prescrit ne confirmait pas une atteinte psychique sévère, tandis que les empêchements dans les

actes de la vie quotidienne mentionnés étaient contradictoires avec la validation sur le plan psychique de l'éligibilité à la chirurgie bariatrique. Sans commenter les remarques du SMR, le Dr L._____ a répondu le 10 mars 2021 que son patient avait renoncé au bypass gastrique par peur de l'opération et de l'anesthésie. Confirmant les diagnostics de trouble anxieux, mixte et dépressif (F41.2), et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ainsi que l'absence de capacité de travail dans toute activité, il a retenu les limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique suivantes : anhédonie, irritabilité, épuisement, agoraphobie et insomnie avec diminution de la libido. La capacité de travail était nulle dans toute activité. L'assuré ne disposait pas de ressources actuellement pour la chirurgie bariatrique et le pronostic restait réservé au vu des comorbidités affectant ses capacités psychiques, rendant inenvisageable une reprise professionnelle.

A la suggestion du SMR, une expertise bi-disciplinaire (psychiatrie et médecine interne) a été mise en œuvre auprès de T._____ et les mandats confiés aux Drs F._____, spécialiste en médecine interne générale, et Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ceux-ci ont déposé leur rapport le 15 juillet 2021, comprenant notamment une synthèse du dossier (ch. 2), une évaluation consensuelle (ch. 3), une expertise de médecine interne générale (ch. 5) et une expertise psychiatrique (ch. 6). L'experte de médecine interne générale a confirmé les divers diagnostics somatiques évoqués dans les rapports médicaux au dossier. Pour sa part, l'expert psychiatre a retenu uniquement le diagnostic de trouble panique, F41.0. Sur le plan somatique, l'expertisé avait présenté une incapacité de travail totale d'octobre 2016 au 30 juillet 2017 dans toute activité, puis avait retrouvé une capacité de travail complète, étant précisé que l'activité habituelle de chauffeur de taxi était adaptée. Sur le plan psychiatrique en revanche, le trouble panique avait entraîné dès octobre 2016 une baisse de rendement dans l'activité habituelle, laquelle n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles, de 50 % pour un taux horaire de 100 %. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre psychique, la capacité de travail était de 80 % en raison d'une baisse de rendement de 20 %, étant

précisé qu'il persistait des difficultés de concentration et d'attention en raison d'une anxiété importante, qui pourraient s'améliorer avec un traitement efficace. Les incapacités de travail ne s'additionnaient pas. Sur le plan somatique, l'état clinique était stabilisé par les traitements en cours, qui devaient être poursuivis régulièrement selon les indications médicales. Sur le plan psychique, l'expert préconisait la poursuite de la psychothérapie et l'introduction d'une nouvelle molécule antidépressive, mais les chances d'amélioration restaient moyennes car il existait des événements anxieux évoluant depuis de nombreuses années qui s'étaient enkystés avec le temps ainsi qu'une certaine opposition passive envers une amélioration par une thérapeutique médicamenteuse.

Le SMR a conclu, le 9 août 2021, qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de cette expertise, dont l'anamnèse était détaillée et prenait en compte les plaintes de l'assuré, dont les diagnostics selon la CIM-10 reposaient sur un examen clinique complet intégrant les examens complémentaires et comptes rendus spécialisés au dossier, qui apportait des réponses aux questions posées dans le mandat et tenait compte des ressources de l'assuré.

L'OAI a procédé le 25 août 2021 au calcul du salaire exigible valable pour l'année 2017, utilisant le même revenu statistique pour le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité, tenant compte d'une diminution de rendement de 20 % sur ce dernier mais d'aucun abattement supplémentaire. Le préjudice économique était ainsi de 20 %. Le spécialiste en réinsertion professionnelle précisait que l'assuré pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, 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, le travail d'usinage, de montage et de contrôle, notamment dans les secteurs de la manufacture horlogère, électronique, mécanique ou encore la production pharmaceutique ou d'instruments de mesures ou médicaux, et, si les connaissances de l'assuré le permettaient, des tâches administratives.

Le 10 septembre 2021, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité, sur le constat qu'à l'issue d'une période d'incapacité de travail et de gains totale dans toute activité du 1^{er} octobre 2016 au 31 juillet 2017, la capacité de travail était complète avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée à compter du 1^{er} août 2017. Par ailleurs, des mesures d'ordre professionnel ne permettraient pas de diminuer de manière significative le préjudice économique, de sorte que seule une aide au placement pouvait être octroyée. Dans un courrier séparé du même jour, l'OAI a octroyé ladite aide au placement à l'assuré.

L'assuré a déclaré s'opposer à ce projet par courrier du 29 septembre 2021. Complétant son argumentation le 10 novembre 2021, sous la plume de Me Olivier Carré, il a contesté, d'une part, le recours uniquement à un spécialiste de médecine interne pour l'expertise somatique, alors qu'il présente une maladie rare et complexe dont la prise en charge médicale est pluridisciplinaire. D'autre part, il a critiqué l'absence de confrontation par l'expert psychiatre entre ses conclusions et l'évaluation faite par les psychothérapeutes traitants. Il a en outre signalé que sa capacité de conduire risquait d'être remise en cause, puisqu'il avait été convoqué pour l'examen de son aptitude à conduire tous types de véhicules. Il demandait ainsi que les experts soient interpellés sur divers points, que le résultat des tests d'aptitude à la conduite soient pris en compte, ainsi que la mise en œuvre d'une évaluation en atelier de ses capacités résiduelles et d'une expertise pluridisciplinaire mieux orientée sur le diagnostic de la maladie de Castelman. Il a joint le Protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) de la maladie de Castelman établi par le Centre de référence de la maladie de Castelman de l'Hôpital Saint-Louis, à Paris, coordonné par le Pr. Eric Oksenhendler.

Sollicité pour avis, le SMR a exposé, le 17 décembre 2021, que dans la mesure où l'assuré faisait l'objet d'un suivi multidisciplinaire en milieu universitaire et que ses médecins avaient fait état d'une maladie en rémission, d'une évolution favorable et de l'absence de limitations fonctionnelles, il n'y avait pas lieu de demander une autre spécialité que la

médecine interne pour appréhender cette atteinte. Sur le plan psychiatrique, l'absence de prise de contact entre l'expert et le psychiatre traitant ne permettait pas de remettre en cause la valeur probante de l'expertise. Pour finir, le SMR a préconisé d'obtenir le rapport du Service des automobiles, s'agissant d'une évaluation des répercussions de l'atteinte psychiatrique sur l'aptitude à la conduite d'un assuré chauffeur professionnel.

Selon une communication interne du 20 décembre 2021, l'OAI a renoncé à attendre l'évaluation du Service des automobiles, dès lors qu'elle n'aurait pas d'impact sur la décision à intervenir avec un degré d'invalidité fixé par rapport à une activité adaptée de type plutôt industriel.

Par décision du 13 janvier 2022, confirmant son projet du 10 septembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Dans un courrier séparé du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a réfuté les objections soulevées par l'assuré à l'encontre du projet de décision.

B. N._____, toujours représenté par Me Olivier Carré, a recouru le 17 février 2022 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Demandant l'assistance judiciaire et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, il a fait valoir en particulier que les spécialistes qu'il avait consultés en lien avec son atteinte somatique ne s'étaient pas prononcés récemment sur sa capacité de travail ni ses limitations fonctionnelles. La clarification des conséquences de cette atteinte somatique complexe ne pouvait être le fait d'un médecin interniste seul. L'intimé n'avait par conséquent pas suffisamment instruit la cause.

Par décision du 22 février 2022, l'assistance judiciaire a été accordée au recourant, comprenant l'exonération des avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré.

Dans sa réponse du 15 mars 2022, l'OAI a relevé que l'expertise bi-disciplinaire de T._____ avait pleine valeur probante et a conclu au rejet du recours.

L'assuré a confirmé ses conclusions dans sa réplique du 25 avril 2022 et évoqué le recours à une évaluation concrète de la capacité de travail par des stages. Il a relevé que le Service des automobiles avait rendu une décision le 30 mars 2022 prorogeant la validité de son permis de conduire « du bout des lèvres », sous la stricte condition d'un suivi médical de ses apnées du sommeil, une nouvelle évaluation médicale devant intervenir en janvier 2023. Il a joint en particulier une décision d'aptitude à conduire rendue le 30 mars 2022 par le Service des automobiles et de la navigation, rédigée comme suit :

« (...)

Au vu des renseignements médicaux en notre possession et du préavis de notre médecin-conseil du 14 février 2022, vous êtes apte à la conduite des véhicules automobiles des catégories privées et professionnelles (1^{er} et 2^{ème} groupes).

Toutefois, le maintien de votre droit de conduire les véhicules automobiles des catégories professionnelles (2^{ème} groupe) est subordonné aux conditions suivantes :

- poursuite du traitement du syndrome des apnées du sommeil (SAS) selon prescription du médecin spécialiste de la médecine du sommeil (neurologue ou pneumologue) ;
- présentation d'un rapport médical du spécialiste au mois de janvier 2023, attestant de la bonne observance au traitement du SAS, de son efficacité, et du maintien de l'aptitude à la conduite des véhicules automobiles des catégories professionnelles (2^{ème} groupe) ;
- préavis favorable de notre médecin-conseil.

Les conditions précitées demeurent valables jusqu'à nouvel avis de notre Service. Il vous appartiendra de faire le nécessaire en temps utile afin de nous fournir le rapport médical requis.
(...) »

Dupliquant le 3 mai 2022, l'intimé a confirmé ses conclusions.

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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). En vertu du principe général de droit transitoire, selon lequel – en cas de changement de loi – les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), le droit à une rente doit être examiné au regard du droit applicable à la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 29 al. 1 LAI.

Dans le cas présent, l'intimé a tenu compte d'une incapacité de travail durable dès le 1^{er} octobre 2016. Compte tenu du délai d'une année après le début de l'incapacité de travail ininterrompue (art. 28 al. 1 let. c LAI ; Circ. DT DC AI ch. 1007 et 1008 ; TF I 222/05 consid. 2.1) et du délai d'attente de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI), le 26 avril 2019, le début du droit à la rente est fixé au 26 octobre 2019. Sont dès lors applicables les dispositions de la LAI et des ordonnances y relatives dans leur ancienne teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, alors même que la décision a été rendue en 2022.

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

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

celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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

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

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

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit

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

c) La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste FMH (Fédération des médecins suisses) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

5. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise bi-disciplinaire de T. _____ pour retenir que les atteintes somatiques dont souffrait le recourant n'étaient plus incapacitantes depuis le 1^{er} août 2017, tandis que l'atteinte d'ordre psychiatrique qu'il présentait entraînait une baisse de rendement de l'ordre de 50 % dans son activité habituelle, respectivement de 20 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

a) Le recourant conteste la valeur probante de l'expertise bi-disciplinaire essentiellement pour le motif qu'elle a été confiée, pour l'évaluation de son état de santé somatique, à une spécialiste de médecine interne alors qu'il souffre d'une maladie rare, la maladie de Castelman, qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire.

Selon l'Institut suisse pour la formation médicale (ISFM), « [l]es spécialistes en médecine interne générale sont les premières personnes de contact à s'occuper des patient-e-s avec des problèmes de santé de manière exhaustive, continue et efficace, en ambulatoire comme en milieu hospitalier ». « À la fin de leur formation postgraduée, selon le cursus individuel suivi (interniste en milieu hospitalier ou médecin de famille), les spécialistes en médecine interne générale disposent des compétences nécessaires pour couvrir de façon autonome tout le spectre des soins ambulatoires et hospitaliers : Prévention (rester en bonne santé) - Médecine d'urgence et soins aigus (être soigné) - Maladies chroniques et réhabilitation (vivre avec la maladie) - Soins palliatifs (limiter les souffrances en fin de vie). Sur la base d'une anamnèse pertinente et de l'examen clinique, les spécialistes en médecine interne générale évaluent les examens à effectuer et les traitements appropriés à chaque phase, et peuvent prendre en charge eux-mêmes les plus fréquents. Si nécessaire, ils font appel à des spécialistes au moment opportun. Ils intègrent les constatations et les recommandations des spécialistes dans leur plan diagnostic et thérapeutique, et incluent les patient-e-s et leur entourage dans le processus décisionnel. Les spécialistes en médecine interne générale assurent la prise en charge continue des patient-e-s et représentent leurs intérêts en collaboration avec les autres partenaires du système de santé. Les spécialistes en médecine interne générale

coordonnent une équipe thérapeutique interdisciplinaire et interprofessionnelle. Responsabilité managériale, enseignement, recherche et formation continue tout au long de la carrière font partie intégrante de leur activité » (ch. 1.1 et 1.2 du Programme de formation postgraduée de spécialiste en médecine interne générale, publié sur www.siwf.ch).

En raison de la maladie de Castelman, le recourant a été suivi par des spécialistes en néphrologie, en allergologie et immunologie clinique ainsi qu'en hématologie. Il ressort des différents rapports au dossier que ces spécialistes sont tous d'accord sur le diagnostic, qui a été posé dans les semaines suivant les premières manifestations de la maladie en 2016, ainsi que sur le fait que la maladie est en rémission à tout le moins depuis début 2018. Si ces spécialistes continuent à suivre le recourant à un rythme régulier en raison de risques élevés de rechutes, il n'en demeure pas moins qu'ils font tous part en temps réel de leurs constatations et des éventuelles modifications du traitement au médecin généraliste traitant, conformément aux usages médicaux. Le médecin généraliste traitant dispose ainsi de toutes les informations nécessaires pour coordonner la prise en charge médicale, suivre l'évolution de son patient, s'assurer de la bonne compliance au traitement et être attentif aux signes d'une éventuelle rechute. Dans un tel contexte, le recours aux services d'une spécialiste FMH en médecine interne générale pour procéder à l'expertise du recourant sur le plan somatique n'apparaît pas arbitraire. Du reste, l'experte était à même, si ses connaissances étaient insuffisantes ou si l'état de santé du recourant nécessitait un examen plus spécifique, de suggérer à l'intimé de compléter le mandat d'expertise en s'adressant à d'autres spécialistes. En d'autres termes, le fait que l'experte désignée pour déterminer son état de santé somatique dispose « seulement » du titre de spécialisation FMH en médecine interne générale ne permet pas en soi d'enlever toute valeur probante à l'expertise.

b) Le recourant estime que l'impact de la maladie de Castelman sur sa capacité de travail a été sous-estimée par l'experte

somaticienne et critique le fait que ses spécialistes traitants n'ont pas été invités à réactualiser leurs rapports en 2021.

S'agissant des spécialistes traitants, le néphrologue a clairement indiqué, dans son rapport du 26 avril 2018, qu'une incapacité de travail ne se justifiait pas du point de vue de sa spécialité. Il l'a confirmé dans son rapport du 14 juin 2019 et a constaté une amélioration de la fonction rénale dans celui du 2 novembre 2020. Les spécialistes en allergologie et immunologie clinique ont préavisé en faveur d'une reprise de l'activité professionnelle dans leur rapport du 17 mai 2018. L'hématologue n'a pour sa part pas évoqué cette question, mais a constaté dès octobre 2018 que le recourant n'émettait aucune plainte au niveau du bras gauche et que la maladie de Castelman était en rémission, rémission qu'il a confirmée le 8 janvier 2020. Ainsi, lorsque l'expertise a été mise en œuvre, seul le médecin généraliste et le psychiatre traitants attestaient d'une incapacité de travail depuis 2019, ce qui tend à indiquer que la maladie de Castelman n'en est pas la cause.

Pour établir son expertise, la Dre F._____ a eu accès à l'ensemble des rapports médicaux recueillis par l'intimé, y compris les analyses de laboratoire jointes par les différents médecins qui ont été consultés par le recourant dans le cadre de la prise en charge de la maladie de Castelman (cf. ch. 2.1 du rapport d'expertise bi-disciplinaire du 5 juillet 2021 [ci-après : le rapport d'expertise]). Elle a par ailleurs pris des renseignements complémentaires auprès des Drs G._____ et M._____, lesquels ont fourni la liste actuelle des médicaments prescrits au recourant, ainsi que les rapports médicaux les plus récents, en particulier un rapport de consultation établi le 12 février 2021 par le Dr H._____, spécialiste en cardiologie (ch. 2.2 du rapport d'expertise). L'ensemble des pièces médicales ainsi réunies s'étalaient sur la période de mai 2018 à avril 2021. Il est relevé dans l'évaluation consensuelle que le Dr M._____ a attesté d'une incapacité de travail de 70 % dès le 1^{er} septembre 2018 puis de 100 % dès le 1^{er} janvier 2019, tandis que le Dr L._____ a conclu à une incapacité de travail de 100 % depuis le 12 mars 2019 (ch. 2.3 du rapport d'expertise). Un résumé des manifestations de la maladie de

Castelman chez le recourant y figure également, dont il ressort que la maladie s'est manifestée pour la première fois en octobre 2016, par une thrombose du membre supérieur gauche suivi d'une évolution clinique défavorable avec une insuffisance rénale, des épanchements pleuraux, des adénopathies, une splénomégalie et une perturbation des paramètres hématologiques, justifiant un long séjour hospitalier en soins intensifs puis en médecine interne durant lequel l'assuré avait développé une pneumonie nosocomiale à *Pneumocystis*. Le traitement mis en place avait permis une stabilisation de la maladie, redevenue asymptomatique et sans aucune récurrence depuis plusieurs années (ch. 3.1 du rapport d'expertise).

La Dre F. _____ a rencontré le recourant le 5 juillet 2021. Elle a pris note de ses plaintes, en l'occurrence des céphalées et des douleurs au site de prélèvement de la biopsie. L'intéressé a précisé qu'il était resté sept mois en tout à l'hôpital, dont un mois particulièrement anxiogène dans l'attente des résultats de la biopsie axillaire qui avait confirmé le diagnostic de maladie de Castelman. Il a cependant admis que sa maladie était stabilisée depuis 3 ans (ch. 5.1 du rapport d'expertise). En plus d'une auscultation complète de l'assuré, l'experte a obtenu des analyses sanguines du jour de l'expertise (ch. 5.3 du rapport d'expertise). Sur cette base, elle a confirmé tous les diagnostics posés par les médecins somaticiens traitants et constaté qu'ils n'étaient pas incapacitants. A propos des diagnostics, elle a précisé que le cardiologue consulté en février 2021 avait exclu toute pathologie coronarienne pouvant expliquer les douleurs thoraciques et la dyspnée rapportées par le recourant, que les facteurs de risques étaient pris en charge (arrêt du tabagisme, traitement antihypertenseur et hypolipémiant) et qu'il n'y avait pas de récurrence sur le plan pulmonaire. L'apnée du sommeil, bien qu'appareillée efficacement, pouvait expliquer l'état de fatigue chronique dont se plaignait le recourant du fait d'une compliance « qui laiss[ait] à désirer selon le courrier du Dr G. _____ du 31 janvier 2020 ». En outre, le status après fissure anale était encore d'actualité avec des récurrences périodiques mais également des périodes d'accalmie. S'agissant de la maladie de Castelman, l'experte F. _____ a exposé ce qui suit :

« En conclusion, 4,5 ans après le diagnostic de maladie de Castelman, celle-ci n'a pas récidivé et peut être considérée comme en rémission. Comme séquelle une glomérulonéphrite membrano-proliférative avec composante de prolifération extra-capillaire, non progressive avait été notée par le Dr K._____. Les examens de laboratoire pratiqués pour la présente expertise ont montré la disparition de toute insuffisance rénale. Ils montrent néanmoins la persistance d'une très discrète élévation de la vitesse de sédimentation et de la CRP ultrasensible. La formule sanguine est alignée et l'anticoagulation adéquate.

Au final, les spécialistes qui se sont penchés sur l'atteinte à la santé de M. N._____ (Dr K._____, néphrologue, Dr G._____, pneumologie, Dr H._____, cardiologue, Dr Q._____, hématologue) n'ont pas retenu d'incapacité de travail suite à la maladie de Castelman. Seul le Dr M._____, spéc. en médecine interne générale, atteste une [incapacité de travail] de 100 % persistante en raison d'un « état de fatigue, ne dort pas bien, est anxieux et dépressif, souffre d'un excès de poids et de dyspnée à l'effort » (RM du 25.01.2021).

Comme exposé ci-dessus, l'état de fatigue ne se reflète pas dans les activités quotidiennes et pourrait être amélioré par une utilisation systématique du CPAP. L'excès de poids n'est pas une cause d'incapacité de travail. La dyspnée d'effort reste acceptable au vu du test d'effort réalisé par le Dr H._____ (RM 12.02.2021) et elle est compatible avec une activité professionnelle sédentaire comme chauffeur de taxi. Le médecin généraliste semble amalgamer des symptômes physiques et psychiques, c'est pourquoi nous nous écartons de son estimation de la capacité de travail et rejoignons celle des spécialistes en charge du suivi de M. N._____.

En conclusion, aucune limitation fonctionnelle n'est retenue, depuis la rémission de la maladie de Castelman, qui peut être fixée à trois mois après la mise en route du traitement par rituximab en avril 2017, soit au 30 juillet 2017. »

Les constats de l'experte sont ainsi fondés sur des informations médicales récentes et tiennent compte des déclarations du recourant lui-même, de sorte que l'on ne voit pas ce qu'aurait pu apporter un nouveau contact avec les spécialistes traitants. L'experte a en outre apprécié les capacités, ressources et difficultés du recourant et a expliqué pour quel motif elle ne retenait pas d'incapacité de travail ni de limitation fonctionnelle sur le plan somatique, contrairement au médecin généraliste traitant. Elle a du reste noté, dans l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, que le recourant admettait que la fatigue n'était pas un frein à des activités durant toute la journée et qu'il attribuait son incapacité de travail à son « énervement ».

En définitive, le recourant n'a fait valoir aucun élément d'ordre médical qui n'aurait pas été pris en compte par l'experte et n'a relevé aucune erreur dans l'anamnèse. Le seul fait que la maladie puisse se réactiver à tout moment ne permet pas de considérer qu'elle est invalidante. De même, la décision prise par le Service des automobiles, de lier le maintien du permis de conduire professionnel à une bonne compliance à la prise en charge des apnées du sommeil, ne fait que confirmer les constatations de l'experte, à savoir que la fatigue dont se plaint l'intéressé est en lien avec le syndrome d'apnées du sommeil et peut être améliorée par une utilisation plus systématique de l'appareillage prescrit, de sorte qu'elle n'est pas incapacitante.

Par conséquent, rien ne permet de s'écarter des conclusions de l'expertise de médecine interne générale.

c) Sur le plan psychiatrique, le recourant n'a émis aucune remarque vis-à-vis de l'expertise du Dr Z. _____.

L'expert psychiatre a pris note des plaintes de l'assuré et a procédé à une analyse répondant aux exigences posées par la jurisprudence en la matière. Il a procédé à un examen structuré de l'état psychique du recourant (ch. 6.2 du rapport d'expertise) et a pris contact avec le psychiatre traitant, lequel a explicité son diagnostic, le traitement prescrit et le status (ch. 6.3). Il a ensuite posé son diagnostic et expliqué pour quel motif il s'écarterait des atteintes retenues par les psychiatres traitants (ch. 6.4 de l'expertise). En particulier, il a admis la présence d'éléments anxieux et dépressifs, mais exposé que la part anxieuse était bien plus importante que la part dépressive et qu'il n'y avait pas d'antécédent dépressif avant 2011, tandis qu'il existait depuis 2011 un continuum anxieux qui pouvait expliquer un aspect dépressif. Les plaintes du recourant mentionnées dans le rapport du psychiatre traitant du 16 mars 2020 ne ressemblaient pas à une manifestation psychotique et les vertiges et acouphènes traduisaient un aspect anxieux. L'expert a également étudié les différents indicateurs, en particulier les limitations

fonctionnelles induites par l'état psychique, la cohérence et plausibilité, ainsi que les capacités, ressources et difficultés (ch. 6.5 à 6.7 du rapport d'expertise). Sur cette base, il a évalué la capacité de travail par rapport à l'activité habituelle de chauffeur professionnel ainsi que la capacité de travail dans une activité adaptée (ch. 6.8 du rapport d'expertise). Retenant une baisse de rendement dans les deux cas, il a précisé que l'activité habituelle n'était pas adaptée en particulier parce qu'elle nécessitait le traitement d'informations simultanées et la prise de décisions immédiates nécessaires à la conduite, capacités qui étaient limitées par l'envahissement du champ de pensée par l'anxiété (ibidem). Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir un travail répétitif, plutôt isolé, ne nécessitant pas de traitement d'informations simultanées, elle resterait entravée, mais dans une moindre mesure, par les difficultés de concentration et d'attention (ch. 3.8 du rapport d'expertise).

Ainsi, il y a lieu de constater que les conclusions de l'expert Z. _____ sont claires et que les divergences avec les diagnostics posés par le psychiatre traitant font l'objet d'une discussion étayée. Pour sa part, le psychiatre traitant n'a jamais motivé l'incapacité de travail complète qu'il retient depuis mars 2019, pas plus que le médecin généraliste traitant. Il n'existe ainsi aucun élément susceptible de remettre en cause le résultat de l'expertise psychiatrique, de sorte que celle-ci jouit d'une pleine valeur probante.

d) En définitive, il faut admettre avec le SMR qu'aucun élément d'ordre médical ne permet de s'écarter des conclusions de l'expertise bidisciplinaire du 15 juillet 2021. En conséquence, l'intimé était fondé à retenir une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles liées à l'atteinte psychique.

Pour le surplus, le recourant ne formule aucune critique à l'égard du calcul de son degré d'invalidité ou de son statut de personne active à 100 %. Vérifié d'office, le calcul peut être confirmé. Ainsi, compte

tenu d'un degré d'invalidité de 20 %, c'est à juste titre que l'intimé a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité.

6. A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, ainsi que d'une évaluation de la capacité de travail dans un atelier de l'OAI.

S'agissant de l'évaluation en atelier, une telle mesure d'instruction ne se justifie pas, dans la mesure où les avis médicaux sont prépondérants pour déterminer la capacité de travail (cf. consid. 4 ci-dessus). Par ailleurs, comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite aux requêtes d'instruction du recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

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

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Olivier Carré peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office.

Me Carré a produit une liste des opérations le 8 mars 2023 faisant état de 14 heures 49 consacrées à la présente procédure. S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse en effet ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, les 8 heures 20 consacrées à la rédaction du recours, auxquelles s'ajoutent un total de 2 heures 35 pour l'étude du dossier et 2 heures 29 pour l'ensemble des échanges (entretiens et courriers) avec le client, paraissent largement excessives, ce d'autant que Me Carré représentait déjà le recourant dans le cadre de la procédure administrative et que l'acte de recours reprend très largement le texte de son écriture du 10 novembre 2021 contestant le projet de décision de l'intimé. Par conséquent, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 11 heures 30, auxquelles s'applique le tarif horaire de 180 fr., ainsi qu'un forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours. Ainsi, le montant de l'indemnité de Me Carré est arrêté à 2'340 fr. 85, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 13 janvier 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité de Me Olivier Carré, conseil d'office d'N._____, est arrêtée à 2'340 fr. 85 (deux mille trois cent quarante francs et huitante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour N._____),
- 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 :