

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 novembre 2023

Composition : M. PIGUET, président
Mme Gauron-Carlin, juge, et M. Peter, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Z. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1983, sans formation professionnelle certifiée, a travaillé dès le 1^{er} mai 2018 en tant que livreur de colis pour le compte de V._____ SA jusqu'au 24 septembre 2021, date à compter de laquelle il a présenté une incapacité totale de travail.

Souffrant de maux de tête et de douleurs abdominales, Z._____ a déposé, le 28 janvier 2022, 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 ou l'intimé).

Entre autres mesures d'instruction, l'office AI s'est procuré une copie du dossier constitué par I._____ SA, assureur perte de gain en cas de maladie. Y figuraient notamment deux rapports datés des 28 et 29 mars 2022 établis respectivement par la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale, et par le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins-conseils auprès d'I._____ SA, dans lesquels ces médecins faisaient état du caractère incertain des diagnostics somatiques et psychiques susceptibles de justifier une incapacité de travail.

Aussi, I._____ SA a-t-elle confié au Centre L._____ à T._____ la réalisation d'une expertise médicale bidisciplinaire comportant un volet de médecine interne générale (Dr D._____, médecin praticien) et un volet psychiatrique (Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport du 22 août 2022, ces médecins ont posé les diagnostics suivants : agoraphobie avec trouble panique, diagnostic différentiel entre trouble somatoforme et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, syndrome pelvien douloureux, suspicion de troubles musculo-squelettiques à explorer par des investigations complémentaires, obésité de grade I et carence en vitamine D. Sur le plan de la médecine interne générale, aucune incapacité de travail ne pouvait être retenue dans l'activité

habituelle, dès lors qu'il suffisait d'alterner la position assise et la marche et d'éviter la position assise prolongée, ce que semblait permettre la profession de livreur de colis. Sur le plan psychique, la capacité de travail médico-théorique au jour de l'expertise était nulle car il convenait tout d'abord de traiter les troubles paniques et l'agoraphobie dans la mesure où ils limitaient le retour à l'emploi. Aussi, moyennant un traitement bien conduit d'une durée de deux à trois mois, une reprise d'emploi à plein temps était envisageable au début du mois de septembre 2022.

Après avoir requis l'avis du Dr H. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR ; compte-rendu du 10 novembre 2022), l'office AI a, par projet de décision du 17 novembre 2022, informé l'assuré qu'il entendait lui nier le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures professionnelles), motif pris qu'il disposait, depuis le 1^{er} septembre 2022, d'une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle.

Dans un courrier du 12 décembre 2022 à l'office AI, le Dr J. _____, médecin auprès du cabinet B. _____ SA, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'anxiété généralisée. Il a expliqué qu'il se chargeait du suivi de l'assuré depuis le 12 mai 2022 et qu'il avait remarqué, à partir de la fin du mois de septembre 2022, une aggravation de son état de santé psychique sous forme d'une augmentation des crises d'angoisse durant les entretiens. A cela s'ajoutait une péjoration de la qualité du sommeil, une diminution de l'appétit et du plaisir ainsi que de l'envie d'entreprendre des activités, ce qui avait nécessité une augmentation de l'antidépresseur prescrit. Dans ces conditions, ce médecin estimait que l'assuré était dans l'incapacité totale d'exercer quelque activité professionnelle que ce soit.

Sollicité pour détermination, le SMR a indiqué que le rapport du Dr J. _____ n'était pas de nature à modifier ses conclusions (compte-rendu du 10 janvier 2023).

Par décision du 12 janvier 2023, l'office AI a entériné son refus de prester.

B. **a)** Par acte du 9 février 2023, Z._____, représenté par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 12 janvier 2023 en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction.

L'assuré a reproché à l'administration une violation de son devoir d'instruction, en lui faisant grief de s'être appuyée exclusivement, pour rendre sa décision, sur le rapport d'expertise du Centre L._____ du 22 août 2022. Alors que le Dr Q._____ avait estimé que le seul diagnostic incapacitant était celui d'agoraphobie avec trouble panique, le Dr J._____ avait retenu ceux d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'anxiété généralisée. Confronté à une divergence aussi importante, l'office AI ne pouvait pas se limiter à retenir l'avis de l'expert sans justification étayée et sans avoir lui-même procédé à des investigations qui lui auraient permis de déterminer lequel de ces diagnostics devait être retenu. A cet égard, le compte-rendu du SMR du 10 janvier 2023 (fondant la décision attaquée), qui ne comportait qu'une seule phrase sans aucune motivation, était dénué de toute pertinence. L'évolution de l'état de santé faisait également l'objet d'une appréciation différente ; alors que l'expert avait jugé, non sans d'importantes réserves, que la reprise d'une activité à plein temps était possible au début du mois de septembre 2022, le Dr J._____ estimait au contraire que la péjoration de l'état de santé excluait toute capacité de travail résiduelle. Selon l'assuré, ces éléments auraient dû amener l'office AI à s'interroger sur la pertinence du rapport du Centre L._____, fondé sur un examen intervenu au mois de juin 2022, alors que l'aggravation des symptômes, étayée par le Dr J._____, n'avait *a priori* par été exclue par l'expert.

b) A sa réponse du 27 mars 2023, l'office AI a joint un avis médical du 14 juin 2023, aux termes duquel le Dr H._____ estimait que le Dr J._____ s'était livré à une appréciation différente d'un état de fait proche de celui résultant de l'expertise du Centre L._____. Il n'y avait

dès lors pas lieu de s'écarter des conclusions expertales – au demeurant pleinement probantes –, si bien que l'office AI a conclu au rejet du recours.

c) Par réplique du 17 juillet 2023, l'assuré a relevé que l'office AI avait exclu tout droit à des prestations sans instruction spécifique, sur la base d'un rapport qu'il n'avait pas sollicité et dont le contenu ne satisfaisait pas aux exigences jurisprudentielles, tout en se limitant à soumettre au SMR le dossier médical constitué par ses soins, devenu dans l'intervalle obsolète. Partant, l'assuré a déclaré maintenir ses conclusions.

d) Dupliquant le 15 août 2023, l'office AI a indiqué que les arguments développés en réplique n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de la décision litigieuse, si bien qu'il a derechef conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le taux d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, un éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité prendrait naissance en juillet 2022, soit six mois après le dépôt de sa demande du 28 janvier 2022 (art. 29 al. 1 LAI). Ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui s'appliquent.

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

l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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

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

b) 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).

6. a) En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'examens sur le plan de la médecine interne et de la psychiatrie auprès du Centre L._____, dont les conclusions ont été suivies par l'intimé pour rendre la décision litigieuse. Aux termes de celle-ci, il disposait, malgré les atteintes à la santé qu'il présentait, d'une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle à partir du 1^{er} septembre 2022.

b) aa) Sur le plan somatique, les conclusions du Centre L._____, d'après lesquelles le recourant ne présente aucune incapacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (nécessité d'alterner les positions en évitant les positions assises prolongées) ne sont remises en question par aucune pièce médicale si bien qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

bb) Au jour de l'expertise, le recourant s'est plaint d'une douleur inguinale gauche, existant surtout en position assise mais pas à la marche. Les investigations pratiquées avaient permis d'exclure une hernie inguinale gauche, une lésion pariétale abdominale, ainsi que toute maladie urologique. Lors de l'examen clinique, le Dr D._____ a constaté la présence d'une douleur élective à la palpation osseuse de la région

pubienne gauche, pouvant éventuellement évoquer une pathologie de type pubalgie ou enthésopathie, ce qui justifiait un examen complémentaire sous la forme d'une IRM. Toutefois, l'expert n'a remarqué aucun comportement antalgique pendant les trente minutes durant lesquelles l'assuré était resté assis en face de lui, celui-ci ne manifestant la présence d'une douleur que lors de l'examen clinique à la palpation de la zone concernée et lors des examens réalisés contre résistance au niveau de la hanche gauche. L'assuré a également signalé à l'expert la persistance de céphalées holo-crâniennes, assimilées à des céphalées de tension, ayant fait l'objet d'un examen complémentaire de type IRM et d'une consultation spécialisée auprès d'un neurologue, lequel avait évoqué un diagnostic plutôt en rapport avec des troubles neurovégétatifs survenant en raison de l'état psychique. Il convenait enfin d'évoquer un diagnostic d'obésité de grade I, laquelle n'avait pas encore fait l'objet d'une prise en charge sur le plan diététique. Or celle-ci s'avérait nécessaire afin d'enseigner à l'assuré les recommandations nutritionnelles et alimentaires adéquates pour lui permettre de perdre du poids de façon régulière et durable. Au vu de l'anamnèse et des constatations opérées à l'examen clinique, le Dr D._____ a jugé que l'assuré disposait d'une capacité de travail complète à condition de respecter les limitations fonctionnelles décrites.

c) aa) Sur le plan psychiatrique, le Centre L._____ a conclu que, au moment de l'expertise, la capacité de travail médico-théorique du recourant demeurait encore nulle, mais qu'elle était susceptible d'amélioration dans un délai de deux à trois mois, moyennant un traitement bien conduit. Or il n'est pas démontré que le recourant ne présentait plus d'incapacité de travail le 1^{er} septembre 2022, date à laquelle l'office intimé a jugé que la reprise de l'activité habituelle était possible. Dans son rapport du 12 décembre 2022, le Dr J._____ a au contraire fait état d'une aggravation symptomatologique à compter de la fin du mois de septembre 2022 en retenant les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'anxiété généralisée. Outre une augmentation des crises durant les entretiens de consultation, ce médecin avait relevé une péjoration de la qualité du sommeil ainsi

qu'une diminution de l'appétit, du plaisir et de l'envie d'entreprendre des activités. Il avait dès lors fallu augmenter la posologie du médicament anti-dépresseur prescrit. De plus, l'évaluation de l'influence des troubles psychiques effectuée au moyen de la mini CIF-APP avait mis en évidence une incapacité de travail de 100 %.

bb) Au final, nonobstant l'avis médical du SMR du 14 mars 2023, il y a lieu de retenir qu'il existe une divergence de point de vue tant sur le plan diagnostic que sur le plan de l'impact des atteintes à la santé psychique sur la capacité de travail et de leur évolution dans le temps.

7. Outre les divergences exposées au considérant 6c, il convient d'ajouter que l'avis médical rédigé par le SMR le 14 mars 2023 ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur une analyse partielle et biaisée des documents médicaux versés au dossier. A cet égard, il convient de souligner que l'analyse opérée par le Dr H._____, dont il convient de préciser qu'il n'est pas au bénéfice d'une formation spécialisée dans le domaine de la psychiatrie, n'examine que de manière superficielle le lien entre les troubles objectivement constatés et leurs répercussions sur la capacité de travail. Il convient par ailleurs de mettre en évidence que le Dr H._____ a complètement occulté le fait que les conclusions de l'expertise mentionnaient que le recourant présentait une incapacité de travail totale au moment de l'expertise et qu'elles reposaient sur un pronostic d'évolution favorable à bref délai de la pathologie, pronostic qui ne s'est pas confirmé au vu des observations rapportées par le Dr J._____. Retenir, comme l'a fait le Dr H._____, que l'appréciation de la capacité de travail opérée par le Dr J._____ constitue une « appréciation d'un état de fait proche de celui de l'expertise » procède de l'arbitraire le plus complet et de considérations opportunistes.

8. **a)** Sur le vu de ce qui précède, force est de constater que le point de vue défendu par l'office AI ne résulte pas d'une analyse complète et détaillée tenant compte des atteintes à la santé psychique présentées

par le recourant. Faute d'une appréciation exhaustive de la situation médicale sur le plan psychiatrique, l'office AI ne pouvait, au vu des circonstances, faire l'économie d'une mesure d'instruction complémentaire avant de rendre sa décision.

b) Par conséquent, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

9. En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

10. a) 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 intimée, vu l'issue du litige.

b) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**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 12 janvier 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille 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 Joël Crettaz, avocat (pour Z. _____),
- 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 :