

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 août 2024

Composition : M. WIEDLER, président
Mmes Berberat et Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

R. _____, au [...], recourant, représenté par Procap Service juridique, à
Bienne,

et

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

**Art. 6 s., 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 87 al. 2 - 3
RAI**

E n f a i t :

A. Au bénéfice d'un CFC de cuisinier, R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 8 juin 2011, en raison d'allergies aux végétaux (arbres, fruits et légumes) provoquant des plaques rouges, des démangeaisons, des difficultés respiratoires et une irritation des yeux et entravant l'exercice de son activité habituelle.

Par décision du 25 novembre 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Selon ses constatations, au terme du délai d'attente d'un an, soit le 2 mai 2012, ce dernier bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (éviction stricte au contact des allergènes). Après comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), le degré d'invalidité était de 12,76 %.

Cette décision n'a pas été contestée.

B. Le 23 février 2023, R._____ a déposé une nouvelle demande de prestations (mesures professionnelle et/ou rente) auprès de l'OAI en raison de douleurs généralisées dans tout le corps, en particulier au niveau des épaules.

Le 20 mars 2023, après être entré en matière sur cette nouvelle demande, l'OAI a pris connaissance du dossier constitué par l'assureur perte de gain de l'ex-employeur de l'assuré ([...] Organisation de santé), contenant notamment :

- des rapports des 1^{er} juillet et 20 octobre 2022 d'IRM (imageries par résonance magnétique) de la colonne cervico-dorsale et de l'épaule gauche réalisées par le DH._____, spécialiste en radiologie, qui étaient

dans la norme, sans anomalie susceptible d'expliquer la symptomatologie de l'assuré ;

- des rapports des 3 novembre et 30 décembre 2022 du Dr U._____, médecin praticien, posant les diagnostics de névralgie cervico-brachiale, de conflit sous-acromial gauche et de Covid long. La névralgie cervico-brachiale et le conflit sous-acromial influençaient la capacité de travail de l'assuré ;

- un rapport d'EMG (électromyogramme) du 31 janvier 2023 du Dr A._____, spécialiste en neurologie, dont il ne ressort pas d'anomalies en faveur d'une souffrance nerveuse périphérique au membre supérieur gauche de l'assuré.

Le 22 juin 2023, les Drs C._____, W._____ et D._____ du Centre d'Expertises Médicales (S._____) de [...], mandatés par [...], ont rendu un rapport d'expertise pluridisciplinaire avec volets de médecine physique et réadaptation, de neurologie et de psychiatrie. Au terme de leur évaluation, les experts n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant, avec des troubles algiques et sensitivomoteurs sans substrat somatique objectivable. Les médecins somaticiens ont relevé durant leurs examens un comportement majorant et démonstratif marqué, la médecin psychiatre, au regard de ces constatations, indiquant qu'une majoration des plaintes physiques ne pouvait être exclue. Les experts ont retenu, de manière consensuelle, l'absence de limitations fonctionnelles et une capacité de travail de l'assuré de 100 % dans toute activité depuis toujours. Leurs conclusions étaient les suivantes :

"Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation

Monsieur R._____ déclare : *Je sens que je suis enrhumé sous un tas de cailloux, comprimé, je n'arrive pratiquement plus à rien faire avec mon bras gauche.*

La douleur rachidienne se situe au niveau dorsal haut, lombaire bas, la physiothérapie est poursuivie à raison d'une séance par semaine sans amélioration, accentuant même les douleurs lombaires basses. Depuis un mois environ, la marche est alléguée difficile, est apparue une douleur au niveau des faces ventrales des genoux, estimée à 100% sur l'EVA. Hier, la douleur était tellement intense qu'il a

présenté une crise d'angoisse. Depuis environ un mois, il doit marcher avec une canne tenue dans la main droite.
Monsieur R. _____ se traite par antalgiques de palier 1.

L'examen clinique, réalisé dans des conditions majorantes et démonstratives marquées, chez un sujet extrêmement plaintif, ne permet pas de tirer de conclusions concernant une éventuelle pathologie ; bien que les critères diagnostiques de fibromyalgie soient positifs, le contexte ne permet pas d'évoquer ce diagnostic. En conclusion, aucun diagnostic n'est retenu sur le plan de la médecine physique et réadaptation.

Sur le plan neurologique,

Actuellement, Monsieur R. _____, qui est toujours en arrêt de travail complet, se plaint de la persistance de troubles invalidants, mentionnant des troubles de la vision, des sensations vertigineuses avec acouphènes, des troubles de la mémoire et de la concentration, des troubles du sommeil, un manque de moral, des céphalées, des brachialgies bilatérales à prédominance gauche, des troubles sensitivo-moteurs au niveau essentiellement du membre supérieur gauche et des deux membres inférieurs. Il mentionne également des douleurs sternales, claviculaires gauches, latéror thoraciques bilatérales, au niveau des aines des deux côtés et de possibles troubles de l'équilibre.

En résumé, auprès d'un patient collaborant mais visiblement démonstratif et majorant, l'examen clinique met tout d'abord en évidence d'apparentes importantes difficultés de déplacement avec une boiterie atypique et une impossibilité à tenir sur la pointe du pied gauche, sans instabilité significative. L'auscultation des carotides est physiologique. L'examen des paires crâniennes est actuellement entièrement normal, notamment sans altération significative de l'odorat, du goût et de l'audition. Pas de nystagmus ou autres manifestations d'atteinte vestibulaire également. Au niveau des membres supérieurs, alors que l'épreuve des bras tendus est sans chute, que les mouvements rapides sont bien préservés, on note des phénomènes de lâchage étagés au testing de la force du membre supérieur gauche, sans altération de la sensibilité profonde. L'examen du tronc est sans grande particularité. Au niveau des membres inférieurs, on observe une impossibilité partielle à l'épreuve des jambes fléchies à gauche, mais des mouvements rapides encore bien effectués des deux côtés, une manœuvre de Lasègue un peu sensible en fin de mouvements à gauche. Alors que la trophicité musculaire et les réflexes tendineux et cutanés sont à nouveau bien préservés, on retrouve des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire du membre inférieur gauche et des troubles sensitifs plus ou moins globaux du membre inférieur gauche, alors que le membre inférieur droit paraît bien préservé tant sur le plan moteur que sensitif.

En bref, un examen clinique révélant des troubles sensitivo-moteurs atypiques avec des incohérences intra-test (mouvements rapides bien préservés mais faiblesse globale de l'hémicorps gauche ; pas de difficultés dans le cadre du déshabillage et de l'habillage).

Nous avons revu le rapport du Dr [...] qui n'avait objectivé aucune anomalie significative. Nous avons également pris note du résultat des examens radiologiques pratiqués préalablement, avec une IRM cérébrale normale ainsi qu'une IRM cervico-dorsale normale.

Au terme du présent bilan, le caractère atypique et peu cohérent des troubles, l'absence d'anomalie clairement objectivable, la normalité des examens complémentaires pratiqués préalablement permettent de conclure à l'absence d'affection neurologique somatique expliquant les plaintes et l'incapacité de travail.

Au vu des éléments susmentionnés, nous ne retenons pas d'affection neurologique et, en conséquence, d'incapacité de travail sur le plan neurologique.

Sur le plan thérapeutique, en l'absence d'une affection neurologique clairement objectivable, il n'y a pas d'indication à des mesures thérapeutiques quelles qu'elles soient.

Sur le plan de l'activité professionnelle, en l'absence d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle, il n'y a pas d'indication formelle sur le plan strictement neurologique à des mesures de réadaptation ; d'un autre côté, rien ne s'oppose sur le plan neurologique à une éventuelle réadaptation ordonnée pour d'autres raisons.

Sur le plan psychique,

En l'absence de diagnostic psychiatrique, aucun suivi ni traitement n'apparaissent exigibles. Il est néanmoins conseillé à l'assuré de poursuivre la prise en charge psychothérapeutique afin de l'aider dans sa remise en question actuelle."

En annexe à cette expertise, figuraient un rapport du 24 avril 2023 du Dr U. _____ à l'attention des experts et un rapport EOS du corps entier du 2 mars 2023 de la Dre G. _____, spécialiste en radiologie.

Par projet de décision du 11 juillet 2023, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa nouvelle demande de prestations, au motif que sa situation était superposable à celle qui prévalait lors de la précédente décision de refus du 25 novembre 2016 en l'absence d'une aggravation durable de l'état de santé depuis lors, à savoir qu'il présentait toujours une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Par courrier du 31 juillet 2023, le recourant a contesté ce projet.

Le 14 août 2023, l'OAI s'est vu remettre un rapport du 9 août 2023 du Dr U._____, posant les diagnostics incapacitants d'altération de l'état général (depuis juin 2022), de douleur généralisée (depuis avril 2022), de limitations articulaires aux membres supérieurs et inférieurs (depuis juin 2022) et de scoliose lombo-dorsale (depuis l'enfance) et évaluant la capacité de travail de l'assuré comme nulle depuis le 14 juin 2022 dans toute activité, sans une amélioration attendue compte tenu de ses douleurs. Les limitations fonctionnelles étaient la douleur quotidienne, la station debout au-delà de dix minutes, la marche (qui s'effectuait à l'aide de cannes anglaises) ainsi que le port de charges supérieures à cinq cents grammes avec le bras gauche et limité à dix kilos avec le bras droit. En annexe à ce rapport était joint celui du 21 avril 2023 du Dr V._____, médecin praticien, selon lequel la problématique de l'assuré était centrée sur sa scoliose et son inactivité physique importante, à laquelle des facteurs psychosociaux s'étaient associés progressivement. Ce médecin avait proposé une prise en charge de l'assuré en physiothérapie associée à des séances MTT (fitness médicalisé) dans l'optique d'une autonomisation et de la reprise progressive d'une activité. De plus, un bloc de quatre séances de cryothérapie était à l'essai pour améliorer le sommeil, les douleurs chroniques ainsi que les tensions musculaires.

Ce rapport a été transmis aux experts du S._____ par [...]. Les experts ont indiqué le 5 septembre 2023 que les éléments mis en évidence par les médecins traitants n'étaient pas nouveaux et ont maintenu leurs conclusions.

Dans un avis médical du 29 septembre 2023, la Dre E._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a confirmé les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du S._____ en l'absence de nouvel élément médical au dossier.

Par décision du 2 octobre 2023, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision du 11 juillet 2023. Dans un courrier d'accompagnement du même jour, il s'est exprimé sur la contestation de l'assuré.

C. Par acte du 2 novembre 2023, R._____, représenté par Procap Service juridique, recourt devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 2 octobre 2023, concluant, avec suite de frais et dépens, à la réforme de ladite décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, à son annulation ainsi qu'au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire puis nouvelle décision au sens des considérants. Le recourant sollicite par ailleurs le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais judiciaires. En substance, il conteste la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du S._____ et produit une lettre de sortie du 21 septembre 2023 des médecins du Service de rhumatologie du CHUV consécutive à son hospitalisation du 29 août au 15 septembre 2023 en raison d'un tableau douloureux chronique (associant des douleurs de type neuropathique diffuses, des paresthésies acrales et d'autres symptômes de dysautonomie [vertiges, troubles digestifs, céphalées ainsi que photo- et phono-sensibilité]) ainsi qu'une confirmation électronique du 13 octobre 2023 d'hospitalisation multimodale prévue dès le 6 novembre 2023. La lettre de sortie du 21 septembre 2023 du Service de rhumatologie du CHUV mentionne le diagnostic principal d'hypersensibilité centrale à la douleur probablement primaire et les diagnostics secondaires de douleurs de l'articulation temporomandibulaire bilatérale dans un contexte de bruxisme, une suspicion de neuropathie des petites fibres, des diarrhées chroniques avec aliments non digérés, des vertiges mal systématisés d'étiologie incertaine, une acné sévère avec furonculose, un thoracique outlet syndrome à gauche secondaire à des troubles de la statique ainsi qu'un trouble dépressif sévère avec retentissement psychosocial majeur.

Par décision du 29 novembre 2023, R._____ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 2 novembre 2023. Il est exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires. Il est également exempté de s'acquitter de toute franchise mensuelle.

Par réponse du 19 décembre 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, se prévalant d'un avis médical SMR du 14 décembre 2023, retenant que le rapport du 21 septembre 2023 du CHUV et ses annexes n'étaient pas de nature à modifier sa position.

A l'appui de sa réplique du 4 janvier 2024, confirmant ses précédentes conclusions, le recourant a produit deux nouveaux rapports des 23 et 28 novembre 2023 des médecins du CHUV. Dans le premier rapport médical, consécutif à une hospitalisation multimodale du 6 au 17 novembre 2023, il est notamment mentionné que l'intéressé « répond aux critères ACR 2010 pour la fibromyalgie avec un PDS à 26 et le FiRST à 6/6, ce qu'indique un composant nociplastique dans les symptômes (« fibromyalginess ») ». Dans le second rapport, il est relevé en particulier que le recourant présente un « trouble dépressif sévère avec retentissement psychosocial majeur ». Les autres diagnostics retenus par les médecins du CHUV ayant examiné le recourant sont :

“Désordre du spectre de l'hypermobilité (DSH) aspécifique (sans critère pour Sdm Ehlers Danlos selon les critères de 2017) avec :

- Hyperlaxité et entorses à répétition depuis l'enfance, deux épisodes de luxation de l'épaule gauche et subluxation de la rotule ; scoliose, myopie. Beighton actuel : 4/9
- POTS (Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome) probable avec :
 - Vertiges, en particulier en se levant, lors d'une station debout prolongée dans une même position ou lors de longues marches ; quasi-évanouissement ; Trouble d'attention et mnésique ; Palpitations ; Epuisement/fatigue ; anxiété.
- Test de Schellong le 31.08.2023 : bonne adaptation sur le plan tensionnel, mais symptomatique avec présence de vertiges et à la mise en procubitus.
- Sensibilisation centrale importante avec :
 - Douleurs diffuses, hyperalgésie, allodynie, trouble cognitif, fatigue et plusieurs symptômes somatiques associés (migraine, photo et photosensibilité, vertiges, troubles digestifs, douleurs diffuses, bruxisme, blocpnée, acouphènes, dyspepsie, intestin irrité, Suspicion de neuropathie des petites fibres).
- Critère ACR 2010 pour la fibromyalgie : WPI= 17, SSS= 9 ; FiRST = 6/6
- Aggravation après accidents voiture 2013 avec importante commotion cérébrale ; Thoracique outlet syndrome à gauche secondaire à des troubles de la statique.

Trouble du déficit de l'attention / hyperactivité (TDAH) actif

- Critère pour le TDAH de l'adulte rempli et critère pour de TDAH infantile rétrospectivement rempli.

- Hémorragie digestive haute probablement sur AINS (en investigation).”

Par duplique du 8 février 2024, persistant dans ses conclusions, l'OAI s'est déterminé sur ces pièces et a produit un avis médical SMR du 30 janvier 2024 retenant l'absence d'éléments médicaux se rapportant à la période litigieuse susceptibles de modifier son point de vue.

Par déterminations du 11 mars 2024, se référant à ses précédentes écritures, le recourant a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

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, la nouvelle demande d'octroi d'une rente a été déposée le 23 février 2023 par le requérant. Ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui sont applicables.

4. a) Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

b) Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1).

5. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration

est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

c) En l'occurrence, la première demande de prestations AI concernait des allergies. La demande, objet de la présente procédure, a trait à des douleurs aux épaules et dans tout le corps. Compte tenu des nouvelles atteintes présentées par le recourant, l'OAI est à juste titre entré en matière sur la deuxième demande de prestations.

6. 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). Conformément à l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47.5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2.5 %). 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).

7. 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) 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).

8. a) En l'occurrence, le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 22 juin 2023 par les médecins du S._____ en se fondant notamment sur les derniers rapports médicaux du 21 septembre et des 23 et 28 novembre 2023 des médecins du CHUV produits dans la présente procédure. Bien que postérieurs à la décision attaquée, ils doivent être pris en considération puisqu'ils concernent les mêmes atteintes à la santé que celles invoquées dans le cadre de la nouvelle demande de prestations du 23 février 2023. Du reste, ils ont été établis à la suite de son hospitalisation du 29 août 2023 au 15 septembre 2023 liée à ses douleurs, soit avant la décision litigieuse du 2 octobre 2023, et de la prise en charge multi-modale par le CHUV qui a suivi.

b) aa) Eu égard aux volets de médecine physique et réadaptation et de neurologie du rapport d'expertise, les Drs C._____ et W._____ ont nié tout diagnostic incapacitant. Ils ont estimé que l'assuré était extrêmement plaintif et démonstratif, de sorte qu'ils n'ont pas pris au sérieux ses plaintes et ont retenu que les examens réalisés n'étaient pas susceptibles d'objectiver les atteintes annoncées et leur répercussion sur la capacité de travail dans ce contexte de majoration. Sur ce seul motif, les experts ne retiennent pas le diagnostic de fibromyalgie alors que le recourant en remplit les critères (cf. rapport d'expertise du S._____, p. 15 et rapport des médecins du Service de rhumatologie du CHUV du 23 novembre 2023, p. 4). Or aucun autre intervenant ayant examiné le recourant fait état d'une telle majoration, en particulier pas les médecins du CHUV qui ont pourtant suivi le patient durant plusieurs jours consécutifs dans le cadre d'hospitalisations au sein de leurs services. Il

apparaît ainsi que, sur le plan somatique, le rapport d'expertise pluridisciplinaire du S. _____ est déjà critiquable.

bb) S'agissant du volet psychique, la Dre D. _____ a également nié tout diagnostic incapacitant. D'après elle, les symptômes du recourant relèvent d'un questionnement adapté par rapport à son avenir professionnel, de nature non pathologique. En conséquence, l'experte psychiatre retient une absence de trouble anxio-dépressif. Or les médecins du CHUV qui ont suivi le recourant lors de son hospitalisation du 29 août au 15 septembre 2023 et sa psychologue traitante rapportent le diagnostic d'un trouble dépressif sévère avec retentissement psychosocial majeur. Les conclusions de l'experte du S. _____ sont donc contredites de manière sérieuse. De plus, l'argumentation pauvre, voire inexistante (tout est allégué de manière péremptoire, sans discussion), développée par la Dre D. _____ pour retenir l'absence de diagnostic incapacitant et de suivi ou traitement exigibles, hormis la poursuite de la prise en charge psychothérapeutique pour aider le recourant dans sa remise en question, n'est guère convaincante et ne remplit en tous les cas pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Par ailleurs, on constate que le rapport comporte des incohérences. Ainsi, il est relevé en page 8 qu'il n'existe pas de signe en faveur d'attaques de paniques chez le recourant, alors qu'à la page précédente, il est mentionné que la veille de sa venue au S. _____, celui-ci a fait une crise d'angoisse en raison de l'intensité de ses douleurs. Ce point n'est en outre aucunement discuté par l'experte.

cc) On relèvera encore que les deux derniers rapports des médecins ayant examiné le recourant lors de ses hospitalisations au CHUV font état de diagnostics, et partant d'atteintes à la santé, qui ne ressortent pas du dossier jusque-là. Dans ce contexte, l'avis médical SMR du 30 janvier 2024 ne saurait emporter la conviction de la Cour lorsqu'il indique que le rapport d'hospitalisation en novembre 2023 « fait état d'appréciations diagnostiques différentes pour une symptomatologie globalement inchangée et déjà connue lors de notre décision ». Au contraire, en présence de nouveaux diagnostics depuis l'expertise datant

de mai-juin 2023 au S._____, il est nécessaire que l'office intimé investigue davantage le dossier afin de déterminer si ces nouveaux éléments sont en mesure d'objectiver sur le plan médical les atteintes à la santé dont souffre le recourant.

c) Il découle de ce qui précède que l'OAI a statué sur la base d'un dossier lacunaire, les différents volets du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 juin 2023 du S._____ apparaissant insuffisants pour permettre de se prononcer en connaissance de cause tant sur la capacité de travail que sur les limitations fonctionnelles présentées par le recourant.

9. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_259/2022 du 20 septembre 2022 consid. 5.1.1 et les références). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, *in* : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., nos 12 et 17 *ad* art. 43 LPGA).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit

renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) Compte tenu de ce qui précède, non seulement il existe des éléments permettant de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 22 juin 2023 et son complément du 5 septembre 2023 du S. _____ mais encore les éléments recueillis sont insuffisants à ce stade pour se prononcer à l'aune de la jurisprudence. En présence d'une appréciation lacunaire de la capacité de travail, laquelle relève de la compétence des médecins et non du juge dès lors qu'il n'appartient pas à ce dernier de se livrer à des conjectures qui relèvent strictement de la science médicale (TF 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 consid. 2.3), il s'avère impossible, en l'état du dossier, d'apprécier les possibilités d'emploi du recourant sur un marché équilibré du travail. Dans ces conditions, il s'impose dès lors d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. En effet, l'OAI n'a pas correctement instruit le dossier, s'étant contenté jusqu'à présent de se reposer sur l'instruction diligentée par l'assureur perte de gain. Or il ne pouvait échapper à l'intimé que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du S. _____ s'avérait insuffisant pour statuer sur le cas d'espèce, en particulier à réception des rapports médicaux produits dans la présente procédure par sa partie adverse. Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire du recourant, destinée à clarifier le tableau clinique présenté par celui-ci depuis 2022, notamment d'un point de vue psychiatrique et neurologique, voire neuropsychologique, toute autre spécialité étant réservée, afin d'avoir une appréciation médicale globale de l'état de santé du recourant tenant compte des aspects qui doivent faire l'objet d'une instruction complémentaire. Une fois l'instruction complétée, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

10. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Aussi, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**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 2 octobre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- 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 R._____ 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 :

- Procap Service juridique (pour R._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :