

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 septembre 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Brélaz Braillard, juge, et Rondi, assesseure
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Me Karim Hichri, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 17 et 61 let. c LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], célibataire, sans enfant, titulaire d'un CFC (certificat fédéral d'aptitude) de vendeur, a travaillé en dernier lieu comme [...] de 2010 à 2013. Il a déposé une première demande de prestations le 9 mars 2015 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis avril 2013 en raison d'une dépression.

L'OAI a mis en place des mesures d'intervention précoce en faveur de l'assuré. A l'issue de ces mesures, l'intéressé a retrouvé une pleine capacité de travail. Il a repris une activité à 100 % dès le 1^{er} mai 2019 en tant que technico-commercial auprès de P._____ Sàrl, à [...].

Par décision du 15 avril 2019, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière du 1^{er} septembre 2015 au 31 mars 2016, puis du 1^{er} juillet 2016 au 31 août 2017.

B. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 17 juillet 2020, en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis le 13 janvier 2020 et en indiquant quant au genre de l'atteinte « fatigue et dépression ».

Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a requis d'E._____, assureur perte de gain de l'employeur P._____ Sàrl, qu'il lui remette une copie de son dossier médical concernant l'assuré. Transmis à l'OAI le 22 juillet 2020, ledit dossier comprenait en particulier :

- un rapport du 28 février 2020 de la Dre V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel elle a posé le diagnostic de réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.2). Elle a détaillé que l'assuré, qui travaillait comme technico-commercial dans le domaine des éclairages, décrivait un travail polyvalent à l'extrême, avec une surcharge énorme et des attentes irréalistes de la part de sa hiérarchie, ainsi qu'un

cumul constant d'heures supplémentaires. Selon la spécialiste, le patient s'investissait à fond dans la collaboration altruiste envers les difficultés de ses employeurs. En neuf mois de travail, il n'avait mis aucune limite aux exigences et s'était retrouvé dans un état d'épuisement physique et psychique complet. Ses symptômes comprenaient : insomnie, anxiété, colère, sentiment d'injustice et de non-reconnaissance du travail effectué, incompréhension, tristesse et anhédonie. L'intéressé bénéficiait d'un traitement psychiatrique psychothérapeutique intégré depuis le 29 janvier 2020 à raison d'une fois par semaine. Il était en incapacité de travail de 100 % dans toute activité et son évolution n'était que très lentement favorable depuis le début de sa prise en charge ;

- un rapport d'expertise psychiatrique du 20 juillet 2020 du Dr Q._____, spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie, dans lequel celui-ci a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail d'épisode dépressif d'une intensité légère à moyenne (F32.1), en précisant que cet épisode s'était développé depuis l'automne 2019 et était apparemment à l'origine de l'incapacité de travail totale attestée depuis le 13 janvier 2020. Il a fait état du facteur influant sur la santé de personnalité avec des traits émotionnellement immatures, dépendants et perfectionnistes accentués (Z73.1), étant mentionné que ces traits de la personnalité existaient depuis l'adolescence. Il a par ailleurs diagnostiqué un abus d'alcool (F10.1), qui, selon le spécialiste, s'était probablement manifesté comme un abus secondaire depuis fin 2019. Le psychiatre a estimé que l'assuré était capable de reprendre immédiatement le travail, en débutant à 50 %, avec une augmentation à 80 % à partir du 1^{er} septembre 2020. Puis, à compter du 1^{er} octobre 2020, la capacité de travail était à considérer comme entière dans la profession exercée jusqu'alors ainsi que dans toute autre activité correspondant à son âge et à sa formation, aucune limitation spécifique d'activité n'étant à définir d'un point de vue

purement psychiatrique. De l'avis du Dr Q._____, le pronostic à moyen-long terme restait incertain en considérant la forte influence des facteurs sociaux négatifs. L'anamnèse quasiment vide de l'assuré, la bonne rémission de ses symptômes anxio-dépressifs actuels et leur nature clairement réactionnelle, ainsi que le bon niveau et la stabilité de son fonctionnement psychosocial indiquaient néanmoins un pronostic plutôt positif. Une poursuite de la prise en charge était préconisée, en particulier concernant l'abus d'alcool, dont l'effet nocif sur toute symptomatologie anxio-dépressive et sur tout effort thérapeutique était suffisamment connu. Une abstinence stricte, avant tout dans le propre intérêt thérapeutique de l'assuré était donc indispensable.

Dans un document du 25 novembre 2020 intitulé « IP - Proposition de DDP », un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a relevé que l'assuré avait déjà bénéficié d'un reclassement et d'une aide au placement de l'AI à la suite de sa première demande en 2015 pour la même problématique. L'assuré avait retrouvé sa capacité de travail entière à compter du 1^{er} octobre 2020 et il convenait de donner la suite utile à sa demande de prestations.

Par décision du 26 janvier 2021 confirmant un projet du 26 novembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, au motif qu'il avait présenté des incapacités de travail en raison de son atteinte à la santé à des taux variables du 13 janvier 2020 au 30 septembre 2020. A partir du 1^{er} octobre 2020, sa capacité de travail et de gain était à nouveau entière dans son activité habituelle. Le droit à des prestations de l'AI lui était dès lors nié. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

C. Par courriel du 22 mars 2021, l'assuré a fait savoir à l'OAI que son état de santé s'était péjoré courant février 2021. L'OAI a traité ce courriel comme une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Par rapport du 19 mai 2021, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a notamment indiqué que son patient avait été hospitalisé à l'Hôpital de [...], à [...] (ci-après : [...]), en date du 24 février 2021 pour une mise à l'abri d'idées suicidaires et une forte baisse de la thymie. Le diagnostic de cirrhose inaugurale sévère d'origine éthylique avait en outre été posé lors d'un séjour au [...] du 26 février au 9 mars 2021, lors duquel des complications sous forme de varices œsophagiennes avaient été mises en évidence. L'assuré a ensuite à nouveau séjourné à [...] du 9 mars au 1^{er} avril 2021. L'incapacité de travail était totale. Le spécialiste a exposé qu'il n'était pas impossible, vu le jeune âge de l'assuré, qu'une approche chirurgicale sous forme de transplantation hépatique soit envisagée.

Dans un rapport à l'OAI du 16 juin 2021, la Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de cirrhose alcoolique du foie (K70.1). Elle a en outre estimé qu'il était trop tôt pour se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré.

Dans un rapport du 6 juillet 2021, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale et gastroentérologie, a posé les diagnostics de cirrhose Child-Pugh B ainsi que de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinant (F10.21). Selon le spécialiste, les limitations fonctionnelles de l'assuré étaient une possible asthénie liée au traitement de bêtabloquants, un ictère rendant difficile une insertion professionnelle, et une possible encéphalopathie latente subclinique. Il a ajouté qu'il était difficile de se prononcer sur la capacité de travail, en rappelant qu'une greffe de foie était envisageable en cas de persistance de l'insuffisance hépatique.

Par courrier du 4 août 2021, le Dr L._____ a fait savoir à l'OAI que les investigations menées avaient confirmé la présence chez l'assuré d'une cirrhose hépatique compliquée, pour laquelle il devrait très

certainement bénéficiaire d'une greffe de foie. A cet égard, il avait été décidé lors de sa dernière consultation au service d'hépatologie du [...] le 20 juillet 2021 de le mettre sur liste d'attente et d'organiser à brève échéance un bilan pré-greffe en milieu hospitalier. L'assuré était toujours en incapacité de travail totale.

Par rapport du 9 décembre 2021, le Dr D._____ a indiqué que la fonction hépatocellulaire de l'assuré était stable depuis le début du suivi et qu'il était en abstinence d'alcool depuis un an. Il renvoyait au médecin traitant s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail.

Dans un rapport du 11 janvier 2022, la Dre B._____ a retenu les diagnostics ayant un impact sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) et de cirrhose avec un score de Child-Pugh de 7, classe B. Elle a indiqué qu'en accord avec le gastroentérologue, un traitement antidépresseur avait été introduit au vu de la péjoration de la thymie de l'assuré. Le patient vivait par ailleurs dans l'attente d'une greffe hépatique, avec de nombreuses angoisses quant à l'avenir. Il présentait une grande fatigabilité, une anorexie et des troubles du sommeil. Il luttait contre le repli et l'isolement avec l'aide de groupes thérapeutiques et de consultations médicales, mais ses activités sociales et de loisirs étaient inexistantes. L'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 23 février 2021.

Par rapport du 8 février 2022, le Prof. K._____, spécialiste en médecine interne générale, chef du Service de médecine des addictions du [...], a posé les diagnostics impactant la capacité de travail de cirrhose avec hypertension portale et varices œsophagiennes, syndrome de dépendance à l'alcool en rémission complète, et dépression majeure récurrente. L'assuré souffrait de fatigue importante, de dyspnée à l'effort avec contre-indication du port de charges, de troubles de la concentration et de la mémoire avec troubles exécutifs attestés par un bilan neuropsychologique du 19 mars 2021. L'incapacité de travail, d'origine multifactorielle, était complète. De l'avis de ce spécialiste, aucune amélioration n'était à attendre avant une transplantation hépatique.

Dans un rapport du 26 mars 2022, le Dr L._____ a indiqué que l'évolution de son patient était actuellement défavorable en raison d'une cirrhose hépatique avancée. Il avait développé dans ce contexte un état anxio-dépressif sévère pour lequel il était suivi par la Dre B._____. Selon le médecin traitant, la capacité de travail était nulle et il n'était pas possible d'envisager une activité adaptée au vu de la problématique psychiatrique.

Dans un avis médical du SMR (service médical régional de l'assurance-invalidité) du 3 mai 2022, la Dre W._____, médecin praticien, a estimé qu'il convenait, afin de préciser l'atteinte incapacitante, l'évolution de la capacité de travail et les limitations fonctionnelles sur les plans somatique et psychique, de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, gastroentérologie et psychiatrie. Elle a relevé en particulier ce qui suit :

« [...] Nous sommes devant la situation d'un assuré ayant déposé une 1^{ère} demande en 2015, pour une dépression et il a repris une AA [activité adaptée] à 100 % (2018-2019). Il renouvelle sa demande en 2020, pour un épisode dépressif réactionnel depuis janvier 2020, la CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] est évaluée à 100 % en octobre 2020, donc pas d'ouverture des droits. Au plan somatique d'après le gastroentérologue il existe une stabilisation de la fonction hépatocellulaire et un sevrage éthylique depuis 1an. D'après les psychiatres et le médecin traitant, il existe une ITT [incapacité de travail totale] depuis 2021 et au plan psychique et en lien avec l'atteinte somatique. Par ailleurs, des troubles cognitifs ont été retenus suite à un examen neuropsychologique en mars 2021, néanmoins nous constatons des avis divergents concernant l'autonomie de l'assuré dans les activités administratives (sous curatelle, autonome et sans difficulté, besoin de l'aide d'assistante sociale). [...] »

Une expertise pluridisciplinaire de l'assuré a été confiée au Centre médical d'expertises M._____, à [...] (ci-après : le M._____), le 22 juillet 2022. Les Drs T._____, spécialiste en médecine interne générale, J._____, spécialiste en gastroentérologie et Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont communiqué leur rapport, complété d'un bilan réalisé par la neuropsychologue X._____, le 16 décembre 2022. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle du cas, les experts ont retenu les diagnostics de cirrhose éthylique avec varices

œsophagiennes (K70.3 et I85), hypertension portale (K766), discrète macrocytose probablement carencielle et toxique (D75.8), thrombopénie actuellement compensée sur hypersplénisme (D69.5 et D73.1), QT long à l'électrocardiogramme (I45.8), trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01), trouble du comportement lié à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent (F10.20) et trouble neurocognitif léger, lié à l'abus d'alcool, sans trouble de l'usage de la substance (F10.988). Ils ont estimé que la capacité de travail avait été nulle du 26 février 2021 au 9 mars 2021 soit durant l'hospitalisation, mais qu'elle était de 100 % depuis le 10 mars 2021, avec une baisse de rendement de 20 % dans son activité habituelle, laquelle semblait toutefois contre-indiquée en raison du risque important de rechute de l'alcoolisme. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % dès le 1^{er} avril 2021. Les experts ont retenu à titre de limitations fonctionnelles une asthénie pour ce qui était de la gastroentérologie et de la médecine interne. Les limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique et neuropsychologique étaient une capacité de résistance et d'endurance diminuées, ainsi que des difficultés à réaliser des tâches qui demandaient un rendement et/ou une vitesse de réponse, respectivement des tâches où les aspects de communication étaient au premier plan.

Dans un rapport d'examen du SMR du 1^{er} février 2023, la Dre W. _____ a exposé adhérer aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, estimant celle-ci médicalement cohérente et convaincante. Elle a relevé en particulier que les limitations fonctionnelles en lien avec la pathologie digestive et l'atteinte cognitive justifiaient une baisse de la capacité de travail de 20 % dans toute activité respectant dites limitations. Elle a ajouté que la pathologie hépatique, bien qu'actuellement stabilisée, demeurerait néanmoins une pathologie évolutive, surtout en cas de récurrence de la dépendance, et serait à soumettre en priorité au SMR dans le cadre d'une nouvelle demande en lien avec une aggravation de cette pathologie.

Dans un document intitulé « rapport final-REA » du 24 avril 2023, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a indiqué qu'aucune mesure n'avait été mise en place et qu'au vu de la capacité de travail de 80 % dans toute activité, aucune aide au placement n'était proposée. Un document intitulé « calcul du degré d'invalidité », daté du même jour, mentionnait les exemples d'activités adaptées suivantes : travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, ouvrier à l'établi dans des activités simples et lèpres, ouvrier dans le conditionnement.

Par projet de décision du 28 avril 2023, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Il a constaté que l'intéressé avait présenté une incapacité totale de travail et de gain du 26 février au 9 mars 2021 mais que, à compter du 10 mars suivant, sa capacité de travail était de 80 % dans sa dernière activité professionnelle ou dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir : asthénie, capacités de résistance et d'endurance diminuées, difficultés dans la réalisation des tâches demandant un rendement et/ou une vitesse de réponse, difficultés dans la réalisation des tâches où les aspects de communication sont au premier plan, éviter des milieux exposant à une consommation d'alcool.

Dans un rapport du 13 juin 2023, la Dre B. _____ a exposé que l'état de santé de l'assuré restait précaire et que sa capacité de travail avait été nulle sans interruption depuis le 18 mai 2021, date de leur première consultation. Selon la psychiatre, son patient présentait un trouble dépressif récurrent moyen, mais il était régulièrement fortement déprimé, et l'épisode pouvait alors être qualifié de sévère. Il avait présenté sans interruption une thymie basse, une abolition de ses intérêts et une anhédonie. Son asthénie ainsi que ses troubles du sommeil étaient très importants. L'assuré se plaignait de troubles cognitifs fluctuants, avec difficultés de concentration et d'attention, de troubles de la mémoire et d'une désorganisation à l'effort. Sa capacité de concentration utile était d'une heure environ, au-delà de laquelle il devenait confus et peu efficace. Le traitement psychiatrique intégré associait des entretiens dans lesquels

la psychiatre essayait de soutenir le patient contre le désespoir au fil de ses consultations médicales, qui étaient autant de raisons de décompensation. Les traitements pharmacologiques par antidépresseur étaient obligatoirement restreints en raison de l'atteinte hépatique que présentait l'assuré et se faisaient par dosage sérique et contrôle hépatique, ce qui ne permettait pas d'obtenir une efficacité maximale. De l'avis de la Dre B._____, le pronostic vital restait très incertain et la décision quant à une greffe était différée pour l'instant. L'assuré n'arrivait en conséquence pas à se projeter dans l'avenir. Il était socialement isolé et rappelait souvent lors des entretiens que seule l'existence de sa mère le retenait de passer à l'acte tant son avenir était désespérant. En 2022, l'intéressé s'était investi dans des activités de bénévolat en vue d'évaluer son éventuelle capacité de travail. Il était en mesure de travailler à raison de séquences d'une heure par semaine mais pas toutes les semaines, qui étaient suivies d'une augmentation importante de la fatigue, sa résistance physique étant très limitée. Il parvenait à faire ses tâches ménagères par séquences d'une heure, qui devaient également être suivies de repos.

Par rapport du 27 juin 2023, le Dr L._____ a indiqué qu'il avait délivré une attestation d'incapacité de travail jusqu'à ce jour. Il a ajouté qu'au vu de sa situation, le pronostic vital de son patient était engagé et qu'au vu de ses nombreux problèmes de santé, il ne pensait pas que l'intéressé puisse reprendre un jour une quelconque activité professionnelle.

Dans un rapport du 15 août 2023, la Dre B._____ a remis en question les conclusions de l'expertise du M._____, en particulier de son volet psychiatrique. Elle a tout d'abord relevé une incohérence, à savoir que les experts avaient conclu à une capacité de travail totale dès le 10 mars 2021, alors que l'assuré avait été hospitalisé à [...] jusqu'au 1^{er} avril suivant. Sur le plan diagnostique, la psychiatre a estimé que les symptômes présentés par l'assuré depuis deux ans indiquaient un épisode dépressif moyen, voire grave, et non seulement léger comme retenu par les experts. Selon elle, le diagnostic retenu était minimisé et incomplet. Son patient souffrait depuis 2015 d'un trouble dépressif avec une incapacité à

réagir face aux événements de la vie, compliqué par des réactions de deuil pathologique, de trouble de l'adaptation et réaction dépressive prolongée (F43.21). Depuis le décès soudain de son père, l'intéressé avait décompensé en réagissant de façon aberrante et déraisonnable, ce qui avait entraîné sa ruine et l'exacerbation de sa consommation d'alcool. Il avait présenté à ce moment une altération grave et prolongée de son fonctionnement. Elle a relevé que l'expertise n'avait pas tenu compte des diagnostics posés précédemment dans le cadre de la première demande AI, notamment celui de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10.21), retenant le facteur influant sur la santé de personnalité avec des traits émotionnellement immatures, dépendante et perfectionnisme accentué (Z73.1), respectivement de la répercussion des diagnostics sur l'état psychique du patient. Selon la spécialiste, il était totalement faux de retenir que l'assuré était autonome et en mesure de subvenir à ses besoins et obligations. S'il arrivait à entretenir à peu près son intérieur à condition de fractionner son temps de ménage par tranche d'une heure, il lui fallait un à deux jours pour réaliser des tâches simples. Il n'avait que très peu d'initiative et sa psychiatre s'employait à lui suggérer des activités et à le motiver. Les troubles cognitifs et l'atteinte somatique avaient un retentissement beaucoup plus important que ne le montrait le patient qui, de par son caractère immature, voulait paraître bien et conforme. Selon la psychiatre, l'expertise avait également minimisé l'importance des retentissements psychiques des comorbidités somatiques de l'assuré, qui avait d'abord vécu dans l'expectative d'une greffe qui le rendrait comme avant, alors que cette option représentait en l'état plus un risque vital que la stabilité actuelle. Cette annonce avait péjoré l'état dépressif du patient et son espoir d'une vie nouvelle s'était éloigné.

Le 18 août 2023, l'assuré, représenté par Me Karim Hichri, a déposé ses objections contre le projet de décision de l'OAI. Il a exposé se rallier à la position de la Dre B. _____ relative au volet psychiatrique du rapport d'expertise, en tant qu'elle expliquait de manière détaillée que la position de l'expert psychiatre ne pouvait être suivie. Il a à cet égard demandé à l'OAI qu'il soumette l'avis de la psychiatre traitante à l'expert, afin que celui-ci puisse se déterminer et éventuellement revoir sa position.

Il a également exposé demeurer à ce jour dans l'attente d'autres rapports médicaux pour pouvoir se déterminer sur les autres volets de l'expertise et a demandé une prolongation de délai à cet effet. Enfin, il a requis la réalisation d'une nouvelle expertise.

Dans un avis médical du SMR du 6 novembre 2023, la Dre W._____ a estimé que les derniers rapports produits n'apportaient pas d'élément médical nouveau justifiant une aggravation ou un changement de la situation médicale et qu'il n'y avait dès lors pas de raison de modifier sa position. Elle a indiqué notamment ce qui suit :

« [...] En se basant sur les derniers RM [rapports médicaux] de la psychiatre et du médecin traitant, nous peinons à comprendre le Dr L._____ (médecin traitant), retenant un pronostic vital engagé, alors que dans son rapport du 26.03.2022, il faisait état d'une stabilisation au plan somatique et une atteinte psychique au 1^{er} plan, la cirrhose stade B est stabilisée depuis le sevrage éthylique début 2021, ceci est confirmé par l'expert gastroentérologue page 18 du volet gastroentérologie : « *Le bilan hépatique est stable avec des Gamma-GT à 93, des phosphatases alcalines à 138 et une bilirubine à 60 mmol stable. L'alpha-foetoprotéine est dans la norme...Le nouveau bilan du 11/10/2022 confirme la stabilité de la cirrhose avec conservation du taux de prothrombine (pas d'insuffisance hépatocellulaire majeure) nombre de plaquettes dans la norme et poursuite du sevrage alcoolique* », Page 19 du volet gastroentérologie : « *Sur le plan gastroentérologique, découverte d'une cirrhose éthylique en février 2021 au cours d'une première poussée d'hépatite alcoolique aiguë traitée d'emblée avec une corticothérapie (recommandation classique). Cette cirrhose est parfaitement compensée de type Child B7...D'un point de vue purement gastroentérologique, il s'agit donc d'une cirrhose compensée Child B avec hypertension portale (varices œsophagiennes modérées), sous traitement bêtabloquant. Actuellement, il est en bilan pré-greffe en raison du risque de décompensation de cette cirrhose, ainsi que du risque potentiel de voir apparaître un carcinome hépato-cellulaire. La surveillance est parfaitement respectée avec des visites régulières, des échographies semestrielles, des gastroscopies annuelles. L'expertisé n'est pas encore sur une liste d'attente pour une greffe...Il se plaint essentiellement d'asthénie, ce qui est tout à fait cohérent avec le stade de sa cirrhose...est actuellement traité et surveillé de façon optimale pour sa cirrhose éthylique compensée, compliquée d'hypertension portale et d'hypersplénisme. Le status est stable pour l'instant. Une amélioration sera possible en cas de greffe hépatique en sachant qu'il s'agira d'une solution ultime* ». Une baisse de CT [capacité de travail] de 20% est retenue en lien avec la fatigue en relation avec la cirrhose stabilisée sous traitement, et le médecin traitant n'apporte aucun élément clinique ou paraclinique justifiant une aggravation ou un changement au plan somatique, chez un assuré sevré d'une manière durable, traité avec un traitement adapté et qui bénéficie d'une surveillance adéquate. Concernant l'atteinte psychique, la Dre B._____ (psychiatre) n'apporte aucun élément médical nouveau au plan psychique permettant de nous écarter de

l'évaluation de l'expert psychiatre et l'examen neuropsychologique qui reste un examen objectif contrairement à l'examen psychologique projectif. Par ailleurs, la psychiatre appuie principalement sur l'atteinte somatique, pour justifier la gravité de l'atteinte à la santé, alors que l'atteinte somatique a fait l'objet d'une expertise complète par un gastroentérologue et un médecin interniste retenant comme LF [limitations fonctionnelles] une asthénie justifiant une baisse de la CT à 20%. Néanmoins, concernant l'évolution la CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle], le point relevé par la Dre B. _____ est juste, l'assuré était encore hospitalisé en mars 2021 la date retenue par l'expert psychiatre donc nous retenons la même évolution que la CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] (rapport SMR du 01.02.2023) en l'occurrence, l'évolution de la CTAH et de la CTAA : À 0% du 05.02.2020 au 19.07.2020, à 50% du 20.07.2020 au 31.8.2020, à 80% du 01.09.2020 au 25.02.2021, 0% du 26.02.2021 au 30.04.2021, 80% depuis 01.05.2021. [...] »

Par décision du 13 novembre 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 28 avril 2023, sous réserve de la date à partir de laquelle l'assuré avait présenté une capacité de travail de 80 % dans la dernière activité professionnelle ou dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles, à savoir le 1^{er} mai 2021.

Dans un courrier du même jour en faisant partie intégrante, l'OAI a estimé que les derniers rapports de la Dre B. _____ n'apportaient aucun élément médical nouveau sur le plan psychique permettant de s'écarter de l'évaluation de l'expert psychiatre et de l'examen neuropsychologique, qui restait par ailleurs un examen objectif, contrairement à l'examen psychologique projectif. En outre, la Dre B. _____ s'était appuyée principalement sur l'atteinte somatique pour justifier la gravité de l'atteinte à la santé, alors que l'atteinte somatique avait fait l'objet d'une expertise complète par un gastroentérologue et un médecin interniste retenant comme limitations fonctionnelles une asthénie justifiant une baisse de la capacité de travail à 20 %. Il y avait dès lors lieu de retenir les conclusions du M. _____.

D. Par acte du 14 décembre 2023, C. _____, représenté par Me Karim Hichri, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2021 et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé. En substance, il a fait valoir que l'expert en psychiatrie n'avait pas passé en

revue les différents critères jurisprudentiels permettant de se déterminer sur la capacité de travail du point de vue psychiatrique, estimant dès lors que ce volet ne pouvait pas être considéré comme probant. Il s'est prévalu à cet égard du rapport du 15 août 2023 de la Dre B._____. Il a en outre indiqué être dans l'attente de documents sur le plan somatique. Le recourant a en outre requis l'assistance judiciaire gratuite et, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Par décision du 8 janvier 2024, la juge instructrice a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 décembre 2023, sous forme d'exonération des avances et des frais judiciaires et de l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri, le recourant ayant en outre été exonéré du paiement de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 8 février 2024, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a relevé que l'expertise mise en œuvre auprès du M._____ était probante, et s'est pour le surplus référé à l'avis du SMR du 6 novembre 2023.

Par réplique du 30 mai 2024, le recourant a informé savoir que la possibilité d'une opération de transplantation hépatique était en discussion mais qu'une telle intervention présentait de gros risques. Selon lui, cela ne pouvait que confirmer les arguments avancés par la Dre B._____, notamment dans son rapport du 3 [recte : 13] juin 2023. Il a annoncé en sus, comme dans son recours, qu'il produirait des éléments médicaux relatifs à sa situation sur le plan somatique, ce qu'il n'a finalement pas fait.

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) 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 antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'occurrence, la décision attaquée date du 13 novembre 2023. Elle porte sur une nouvelle demande formulée par le recourant le 22 mars 2021, en raison de l'aggravation alléguée de son état de santé depuis la précédente décision du 26 janvier 2021. Dès lors qu'il pourrait prétendre à une rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2021 (art. 29 al. 1 et 3 LAI), l'ancien droit demeure applicable au cas d'espèce.

3. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa nouvelle demande du 22 mars 2021. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si, par analogie avec l'art. 17

LPGA, l'intimé était en droit de nier une péjoration de l'état de santé depuis la décision du 26 janvier 2021.

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).

c) 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 l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

d) 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).

5. a) 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).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le

comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. a) Pour pouvoir 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 une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 de l'expert 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).

7. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant le 22 mars 2021. Dans ce cadre, ce dernier fait pour l'essentiel valoir que son état s'est péjoré depuis sa précédente demande de prestations du 17 juillet 2020, ayant conduit à la décision du 26 janvier 2021, notamment en raison d'une hospitalisation en psychiatrie et de la mise en évidence d'une cirrhose éthylique en février 2021.

Afin d'évaluer la capacité de travail du recourant et ses limitations fonctionnelles, l'OAI a fait réaliser une expertise pluridisciplinaire par le M._____, avec volets de médecine interne, gastroentérologie et psychiatrie, complété d'un bilan neuropsychologique.

8. a) aa) Du point de vue gastroentérologique, le Dr J._____ a retenu le diagnostic exerçant une influence sur la capacité de travail de cirrhose d'origine éthylique (K703), et considéré ceux de varices œsophagiennes (I859) et d'hypertension portale (K766) comme sans incidence à cet égard. Il a justifié son évaluation médicale du cas en ces termes (cf. rapport d'expertise du M._____ du 16 décembre 2022, annexe 2, p. 19) :

« [...] **6.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

Sur le plan gastroentérologique, découverte d'une cirrhose éthylique en février 2021 au cours d'une première poussée d'hépatite alcoolique aiguë traitée d'emblée avec une corticothérapie (recommandation classique). Cette cirrhose est parfaitement compensée de type Child B7.

En ce qui concerne l'évolution professionnelle, l'expertisé a travaillé pendant 23 ans en tant que directeur des ventes dans l'électronique

parallèlement à une activité d'organisateur de soirées et de placement d'agents d'artistes. Du fait du Covid il a été licencié en 2020, se retrouvant à ce moment-là au chômage. Sa dernière activité à 100% était comme agent technico-commercial du 01.05.2019 au 30.04.2020.

6.2 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

D'un point de vue purement gastroentérologique, il s'agit donc d'une cirrhose compensée Child B avec hypertension portale (varices œsophagiennes modérées), sous traitement bêtabloquant. Actuellement, il est en bilan pré-greffe en raison du risque de décompensation de cette cirrhose, ainsi que du risque potentiel de voir apparaître un carcinome hépato-cellulaire. La surveillance est parfaitement respectée avec des visites régulières, des échographies semestrielles, des gastroscopies annuelles. L'expertisé n'est pas encore sur une liste d'attente pour une greffe, mais sait que cela peut arriver. Il se plaint essentiellement d'asthénie, ce qui est tout à fait cohérent avec le stade de sa cirrhose.

[...]

7.1 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Monsieur C._____ est actuellement traité et surveillé de façon optimale pour sa cirrhose éthylique compensée, compliquée d'hypertension portale et d'hypersplénisme. Le status est stable pour l'instant. Une amélioration sera possible en cas de greffe hépatique en sachant qu'il s'agira d'une solution ultime compte tenu d'une mortalité estimée environ à 10% au moment du geste et dans les suites du geste.

7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

D'un point de vue gastroentérologique, la maladie est bien maîtrisée. L'asthénie limite les capacités de travail. Monsieur C._____ n'a pas de ressources externes (vit seul). Il n'est pas entouré.

En revanche, l'assuré est très volontaire, prêt à assumer toutes contraintes inhérentes à une potentielle greffe hépatique.

[...]

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

D'un point de vue purement gastroentérologique, l'expertisé a une capacité de travail que l'on pourrait estimer à 100% avec un rendement diminué du fait de l'asthénie de 10% depuis avril 2021.

Elle était de 0% du 26.02.2021 jusqu'au 01.04.2021 suite à son hospitalisation et à son bilan de cirrhose.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Idem.

Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

L'expertisé serait obligé de s'absenter 1 jour par mois pour son suivi médical. Bien entendu en cas de greffe, la capacité de travail serait réduite à 0% sur une durée indéterminée, mais qu'on peut estimer au moins à 6 mois. [...] »

bb) L'appréciation du Dr J._____ tient compte de tous les éléments du dossier. Le recourant ne conteste pas cette appréciation et l'avis de l'expert n'est contredit par aucun avis spécialisé au dossier.

L'évaluation de l'expert ne diverge pas sensiblement de celles exprimées par le gastroentérologue traitant, le Dr D._____, les 6 juillet et 9 décembre 2021. Les limitations fonctionnelles énoncées par ce dernier sont en effet globalement superposables à celles énumérées par le Dr J._____. Le Dr D._____ ne s'est en outre pas prononcé sur la capacité de travail, se limitant à rappeler qu'une greffe de foie était envisageable en cas de persistance de l'insuffisance hépatique, et renvoyant pour le surplus à l'appréciation du médecin traitant.

Cela étant, l'éventualité d'une greffe est évoquée depuis juillet 2021 (cf. rapport du 4 août 2021 du Dr L._____), sans se concrétiser en l'état. Toutefois, comme l'a relevé la Dre W._____ (cf. rapport d'examen SMR du 1^{er} février 2023), la pathologie hépatique, actuellement stabilisée suite à l'abstinence, reste une pathologie évolutive, surtout en cas de récurrence de dépendance. Ainsi dans le cadre d'une nouvelle demande en lien avec une aggravation de cette pathologie (greffe hépatique), le dossier sera à soumettre au SMR en priorité.

cc) Il y a donc lieu de se rallier à l'évaluation de l'expert gastroentérologue, qui ne prête pas le flanc à la critique.

b) aa) S'agissant du volet de médecine interne générale, le Dr T._____ a retenu les diagnostics de cirrhose éthylique avec varices œsophagiennes (K70.3 et I85), ancien alcoolisme actuellement contrôlé (T51.0), discrète macrocytose probablement carencielle et toxique (D75.8), thrombopénie actuellement compensée sur hypersplénisme (D69.5 et D73.1), QT long à l'électrocardiogramme (I45.8), sans distinction quant à leur répercussion sur la capacité de travail. Il a justifié son évaluation médicale comme suit (cf. rapport d'expertise du M._____ du 16 décembre 2022, annexe 3, p. 25 et 26) :

« [...] **6.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle**

Monsieur C._____ a longtemps travaillé dans la vente d'électronique avant de devenir [...], profession qui l'a amené à augmenter sa consommation d'alcool à un niveau excessif.

L'expertisé présente un premier état dépressif autour de 2015, suite au décès de son père dans des circonstances peu claires en [...]. A la

suite de cet état dépressif, sa consommation d'alcool va encore augmenter.

En 2020, l'expertisé demande une hospitalisation volontaire à l'Hôpital de [...] en raison d'un état dépressif ainsi qu'au début de 2021. Lors de cette dernière hospitalisation, on constate l'apparition d'un ictère et il est alors transféré au [...] où l'on pose le diagnostic d'une hépatite alcoolique sévère avec cirrhose, varices œsophagiennes, anémie et thrombopénie sur hypersplénisme. Dès lors, il a totalement arrêté sa consommation d'alcool et la situation s'est stabilisée. Le pronostic reste cependant mauvais et, actuellement, une éventuelle greffe est discutée.

Monsieur C._____ est socialement isolé et n'a comme contact que sa mère présentant d'importants troubles mnésiques. Il a un demi-frère et une demi-sœur avec lesquels il n'a pratiquement aucun contact. L'expertisé n'a plus d'intérêt dans la vie et vit mal l'incertitude de son pronostic.

6.2 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Les indications anamnestiques, l'examen clinique et les éléments du dossier sont concordants et plausibles.

[...]

7.1 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Les deux problèmes principaux actuellement sont un état dépressif et une cirrhose alcoolique, diagnostics qui sont discutés dans les expertises consacrées. Il faut rester attentif au fait que de nombreux antidépresseurs sont contrindiqués dans le cadre d'un QT long, ce qui peut rendre le traitement plus difficile. Les atteintes cutanées et neurologiques lors de l'examen physique que l'on s'attend à trouver dans le cadre d'un alcoolisme sévère même en rémission sont présentes (érythème palmaire et nombreux nævi stellaires, sclérotiques subictériques, abolition des réflexes achilléens et de la pallesthésie jusqu'à mi-mollet). On trouve une perturbation des tests hépatiques avec élévation des GOT et des γ GT et une très discrète macrocytose, cependant la CDT est normale, laissant penser que la consommation d'alcool est actuellement contrôlée.

7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Monsieur C._____ a travaillé longtemps comme vendeur en électronique avec une place stable. Par la suite, sa nouvelle activité d'[...] l'a conduit à boire plus et, suite à la perte de son père, un état dépressif s'est développé augmentant considérablement sa consommation d'alcool avec comme conséquence une cirrhose au mauvais pronostic. Il a été pris dans une sorte de cercle vicieux et réalise maintenant que son pronostic est mauvais, ce qui représente une source d'angoisse et de tristesse. Dans ce sens, il n'a actuellement pratiquement plus de ressources personnelles. Il ne peut pas compter non plus sur des ressources externes, son seul contact étant sa mère qui présente des troubles mnésiques apparemment sévères. Les difficultés sont donc multiples et les chances d'une réinsertion sur le marché du travail semblent faibles.

[...]

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail en tant qu'[...] ou dans l'événementiel est théoriquement de 100% avec baisse de rendement de 10% mais semble actuellement contrindiquée en raison du risque important de rechute de l'alcoolisme.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

L'ancienne activité de vendeur en électronique pourrait être, sur le plan de la médecine interne, adaptée si l'on ne tient pas compte des limitations liées à la cirrhose et au pronostic qui seront discutées dans l'expertise de gastro-entérologie. Les conséquences telles qu'une anémie modérée et une thrombopénie modérée n'ont en elles, pas d'impact direct sur la capacité de travail. Il reste le problème de la fatigue multifactorielle, en relation avec la cirrhose, l'état dépressif, les troubles importants d'un sommeil totalement anarchique et probablement, dans une certaine mesure, des carences dont l'anémie est un des marqueurs.

Sur le plan de la médecine interne, on peut retenir que depuis janvier 2021, au moment du diagnostic de l'hépatite alcoolique, la capacité théorique de 100% dans une activité adaptée s'accompagne d'une baisse de rendement de 10% liée à la part somatique de la fatigue.

Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

Il est important d'assurer une substitution suffisante pour éviter une anémie qui est un facteur aggravant de la fatigue.

Une aide pour restructurer le sommeil par une régularité dans les heures de coucher et de lever est souhaitable, car ces deux éléments pourraient améliorer la part de la fatigue imputable uniquement à la médecine interne. [...] »

bb) En l'occurrence, le recourant ne conteste pas l'appréciation du Dr T._____ et on ne voit aucune raison objective de s'en écarter. Du point de vue de la médecine interne générale, l'avis de l'expert n'est sérieusement contredit par aucun avis spécialisé au dossier. Certes, le médecin traitant, Dr L._____, avait estimé que l'assuré était en incapacité totale de travailler depuis début mai 2021 (cf. rapport du 19 mai 2021), qu'il était impossible d'envisager une activité adaptée au vu de la problématique psychiatrique (cf. rapport du 26 mars 2022), puis, que le pronostic vital de l'intéressé était engagé et qu'il était peu probable qu'il puisse reprendre une quelconque activité professionnelle (cf. rapport du 27 juin 2023). Il y a lieu de relever à cet égard que les éléments avancés par le médecin traitant ne sont que peu étayés et s'appuient principalement sur la problématique psychiatrique. En outre, dans son rapport du 27 juin 2023, le médecin traitant n'apporte aucun élément médical nouveau ou qui aurait échappé à l'expert. Ces rapports ne sauraient ainsi remettre en question les conclusions de l'expert du point de vue de la médecine interne générale.

cc) Le volet de médecine interne générale ne prête donc pas non plus le flanc à la critique et peut être confirmé.

c) On peut en effet constater qu'en l'état, la situation somatique de l'assuré est établie et que les appréciations des experts somaticiens ne sont pas contredites.

9. a) Le registre psychiatrique a été investigué par le Dr Z._____. Il a fait part de ses constats cliniques comme suit (cf. rapport d'expertise du M._____ du 16 décembre 2022, annexe 1, p. 9 et 10) :

« [...] **4.1 Observations relatives au comportement et à l'apparence extérieure**

L'expertisé est resté calme pendant l'entretien, en souriant par moment et en pleurant également quand il a parlé du décès de son père et de la situation de sa mère, à laquelle il est très attaché.

[...]

4.3 Constatations lors de l'examen

[...] par moment triste. Bonne collaboration. Monsieur C._____ est bien orienté dans le temps, l'espace et concernant la situation.

Concernant le registre cognitif, il n'y a pas de trouble de l'attention ou de la compréhension. Il présente des troubles de la concentration, de la mémoire d'anciens souvenirs ou des faits nouveaux plutôt légers. Bien que nous n'ayons pas fait de test pour mesurer le quotient intellectuel, cet expertisé présente une intelligence en accord avec sa formation.

Concernant le registre psychotique, il n'y a pas de trouble formel de la pensée. Pas de réponse à côté, pas de trouble du langage.

Concernant les troubles de la perception, il n'y a pas d'hallucination auditive, visuelle, cénesthésique ou olfactive. Il n'y a pas trouble délirant, notamment de persécution. Pas d'idées interprétatives simples ou délirantes.

Il n'y a pas d'euphorie au moment de l'entretien, pas de fuite d'idées. Le comportement n'est ni provocateur, ni manipulateur, ni familial.

Concernant le registre dépressif, il y a une tristesse et une humeur dépressive plutôt légère. Pas de signe clinique parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur. Présence de sentiments d'infériorité, d'inutilité. Pas de tendance à la dévalorisation. L'élan vital est perturbé selon l'expertisé mais cela ne l'empêche pas d'avoir des activités. Pas d'idées noires, pas de tentative de suicide. Il a été hospitalisé une fois en milieu psychiatrique à l'Hôpital de [...]. Présence de troubles du sommeil selon l'expertisé.

Concernant le registre anxieux, pas de tension interne, pas de nervosité, pas d'irritabilité. Pas de crise d'angoisse. Pas de toc, pas de phobie. Présence de cauchemars selon l'expertisé. Pas de flashback. Pas d'anorexie, pas de boulimie.

Concernant les troubles de l'addiction, il fume 10 cigarettes par jour. Après avoir consommé de grandes quantités d'alcool, depuis avril 2021, il a arrêté toutes consommations et s'est fait aider. Pas de consommation de drogue.

Il n'y a pas de divergence entre les dires de l'expertisé et nos propres constatations. [...] »

Le Dr Z. _____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01) et de trouble du comportement lié à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent (F10.20), en précisant ce qui suit (cf. ibidem, annexe 1, p. 12 et 13) :

« [...] Selon notre examen ainsi que selon l'anamnèse, nous avons retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique, F33.01 avec tristesse, humeur dépressive légère, sentiment d'infériorité et d'inutilité ainsi que des troubles du sommeil. Il a déjà eu un premier épisode dépressif lorsque son père est décédé, également un Trouble du comportement lié à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent, F10.20.

Nous n'avons pas retenu le diagnostic de personnalité dépendante, car nous n'avons trouvé aucun signe clinique pendant l'examen selon les critères de la CIM-10 et il nous semble impossible de retenir ce diagnostic étant donné les différentes activités qu'il a eues dans sa vie, notamment le fait d'avoir été directeur d'une entreprise, et d'avoir été agent d'artistes.

Étant donné la consommation d'alcool, nous avons effectué le questionnaire de la DSM-IV par rapport aux substances toxiques selon la jurisprudence du Tribunal fédéral et nous constatons que cet expertisé a commencé à consommer les alcools forts, notamment du whisky et de la Grappa lorsqu'il a commencé à travailler en tant qu'agent d'artistes, il dit que c'est le métier qui voulait cette consommation, il est arrivé à consommer jusqu'à une bouteille par jour. Nous pouvons donc considérer cette dépendance comme étant plutôt primaire, avec l'ancienne terminologie, et non secondaire à une maladie psychiatrique. Il a fait un premier épisode dépressif après le décès de son père en 2013, avec augmentation de la consommation d'alcool. Malgré celle-ci, il a pu continuer à travailler, et il n'a pas arrêté ses activités sociales. Ce n'est qu'après la découverte d'une cirrhose hépatique, qu'il va faire un sevrage d'alcool à l'Hôpital de [...]. Depuis avril 2021, il ne consomme pas, il est suivi par un psychiatre, ainsi que par le département d'alcoologie. Actuellement, il n'y a ni tolérance ni craving. Il est motivé pour continuer à ne pas consommer d'alcool car il sait que c'est la condition pour qu'il puisse bénéficier d'une greffe de foie. »

L'expert en psychiatrie a communiqué l'évaluation spécialisée suivante (cf. ibidem, annexe 1, p. 10, 13 et 14) :

« 6.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Fils unique, enfance et adolescence sans particularité, cet expertisé a eu des responsabilités au niveau de son travail puisqu'il a été directeur d'une entreprise et également [...]. Ce n'est que vers l'âge de 25-30 ans, qu'il a débuté la consommation d'alcool, qu'il a arrêté après qu'on lui a découvert une cirrhose hépatique, et après avoir fait un sevrage en 2021 à l'Hôpital de [...]. Très proche de ses parents, il a fait un premier épisode dépressif après le décès de son père en 2013, avec prise en charge psychiatrique. Signalons que les troubles cognitifs sont présents, car il s'entremêlait au niveau des dates.

Signalons qu'une première expertise psychiatrique sur le compte de l'assurance perte de gain avait été effectuée en juillet 2020, reconnaissant une capacité de travail totale, puis en mars 2021, une demande de curatelle volontaire a été effectuée.

Notre examen a démontré un trouble dépressif plutôt léger chez un expertisé qui est en attente d'une greffe. Il présente des ressources psychologiques et des mécanismes adaptatifs ainsi que des activités qu'il ne pourrait pas faire s'il souffrait d'une dépression de degré moyen ou sévère.

6.2 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Les plaintes de l'expertisé sont cohérentes et plausibles, nous avons constaté une tristesse qui est plutôt légère. Pendant l'examen, il a pu sourire, et il nous a même fait une blague à la fin de l'entretien (l'enregistreur était arrêté). Il dit être fatigué, ce qui était difficile pour nous d'objectiver pendant l'entretien. Nous n'avons pas constaté de tension nerveuse ni des crises d'angoisse, ni d'irritabilité pendant l'entretien, ce qu'il nous a confirmé.

Nous avons constaté des troubles cognitifs, mais qui nous paraissent plutôt légers, qui feront l'objet d'un examen neuropsychologique chez M. _____.

[...]

7.1 Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Prise en charge psychiatrique depuis plusieurs années, avec plusieurs traitements antidépresseurs dont nous ignorons les motifs pour lesquels ils ont été arrêtés, mais l'expertisé n'a pas pu nous donner plus de détail. Actuellement, il prend le Brintellix et il est compliant.

Pas de contre-indication à une mesure, si celle-ci devait être indiquée.

7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Monsieur C. _____ est capable de s'adapter à des règles et routines et de structurer ses tâches. Il possède de la flexibilité, de la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Il est apte à prendre des décisions bien qu'il ait demandé une curatelle de gestion. Il possède du discernement, il est capable d'initiatives et d'activités spontanées, même s'il dit qu'il n'a pas de plaisir à les faire. Il peut s'affirmer, tenir une conversation, établir le contact avec des tiers. Il est apte à vivre en groupe, à lier des relations, à prendre soin de lui-même et à subvenir à ses besoins. Il dispose de la mobilité, il peut se déplacer. En revanche, sa capacité de résistance et d'endurance est légèrement diminuée en raison notamment des troubles cognitifs.

Limitations fonctionnelles : capacité de résistance et d'endurance diminuées.

[...]

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Nous considérons que depuis qu'il a été sevré de sa consommation d'alcool, soit depuis le 10.03.2021, une capacité de travail à 100% horaire avec une baisse de rendement de 20% à cause de troubles cognitifs peut être demandée. Auparavant :

- CT 0% du 05.02.2020 au 19.07.2020.
- CT 50% du 20.07.2020 au 31.08.2020.
- CT 80% du 01.09.2020 au 30.09.2020.
- CT 100% du 01.10.2020 au 25.02.2021.
- CT 0% du 26.02.2021 au 09.03.2021(hospitalisation).

– CT 100% avec une baisse de rendement de 20% dès le 10.03.2021.

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Idem.

Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

Poursuite du traitement actuel. [...] »

b) En l'occurrence, le recourant fait valoir que le volet psychiatrique de l'expertise n'est pas probant. Il déplore que l'expert n'admette qu'une baisse de rendement de 20 % sur un plein temps en raison des troubles cognitifs, sans s'inquiéter des raisons ayant conduit à l'arrêt des antidépresseurs précédemment prescrits, sans expliquer pourquoi la problématique psychiatrique se serait améliorée par rapport aux années précédentes, sans se prononcer sur les comorbidités et leur éventuelle influence sur la capacité de travail, se limitant à déclarer que le recourant vit dans l'inconnu dans l'attente de sa greffe de foie. Pour le recourant, l'expert n'a donc pas passé en revue les différents critères jurisprudentiels permettant de se déterminer sur la capacité de travail d'un point de vue psychiatrique. Il se réfère pour le surplus au rapport du 15 août 2023 de la Dre B._____, dont il se prévaut, et requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique.

c) Cette argumentation peut être suivie.

aa) En effet, l'évaluation du Dr Z._____ ne répond pas aux exigences de qualité énoncées notamment dans les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, édictées par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie. Le rapport de ce spécialiste frappe d'emblée par son manque de substance et de motivation, tant sur le plan diagnostique que du point de vue de ses conclusions.

L'expert a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01) et de trouble du comportement lié à l'utilisation de l'alcool, actuellement abstinent (F10.20). Le Dr Z._____ a justifié son appréciation de manière très succincte, en se contentant d'indiquer « tristesse, humeur dépressive

légère, sentiment d'infériorité et d'inutilité et des troubles du sommeil ». L'expert s'est ensuite limité à exclure le diagnostic de personnalité dépendante. Il n'a toutefois pas indiqué pour quelles raisons il ne retenait pas le diagnostic de trouble dépressif moyen posé par la Dre B. _____ le 11 janvier 2022, ni celui de dépression majeure récurrente posé par le Prof. K. _____ dans son rapport du 8 février 2022. Le Dr Z. _____ n'a ainsi pas pris la peine de produire une appréciation critique des évaluations de la psychiatre traitante et du Prof. K. _____. Il n'a pas non plus envisagé de diagnostic différentiel, ni exposé de manière claire comment, au terme d'un entretien d'un peu plus d'une heure, il est parvenu aux diagnostics retenus. Les diagnostics retenus ne sont pas davantage expliqués par les « constatations lors de l'examen ». L'expert n'a au demeurant pas été invité à se déterminer sur les rapports subséquents des 13 juin et 15 août 2023 de la Dre B. _____. A cela s'ajoute que l'expert n'a pas cherché à connaître les raisons de l'interruption de plusieurs traitements antidépresseurs, par exemple en s'entretenant à ce sujet avec la psychiatre traitante.

En outre, il a estimé qu'une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % devait être retenue à compter du 10 mars 2021. Or à cette date, le recourant était hospitalisé. Si la Dre W. _____ du SMR a certes modifié cette date par avis du 6 novembre 2023 pour retenir une telle capacité de travail à compter du 1^{er} mai 2021, il n'en demeure pas moins que cet élément démontre lui aussi le peu de soin consacré par l'expert Z. _____ à l'examen du dossier.

bb) Quant à la rubrique spécifiquement liée à l'évaluation médico-assurantielle de l'expert, celle-ci s'avère également très succincte et composée d'une liste des capacités qui seraient préservées auprès du recourant, sans aucune illustration concrète en lien avec le cas particulier.

cc) Le rapport d'expertise psychiatrique est enfin déficient quant à l'analyse des indicateurs posés par la jurisprudence fédérale rappelée sous consid. 5c supra. Les éléments relatés par le Dr Z. _____, eu égard à l'appréciation des ressources du recourant, sont constitués

d'une compilation des rubriques basées sur la Mini-CIF-APP, reprises pêle-mêle sans aucune analyse concrète et circonstanciée. Le rapport du Dr Z._____ ne fournit ainsi aucune information sérieuse tant au niveau du degré de gravité des atteintes à la santé évoquées que des ressources et capacités effectives du recourant, dont on constate qu'il vit seul et isolé, seule sa mère semblant le tenir (cf. rapport d'expertise du CEMEDEX du 16 décembre 2022, annexe 4, p. 32), ne dort que quelques heures par nuit et dont le sommeil est décrit par l'expert de médecine interne comme « complètement anarchique » (cf. ibidem, annexe 3, p. 23), ne mange qu'une fois par jour, le plus souvent des pâtes, vit avec la télévision toujours allumée, n'a pas de loisir, se « force » à marcher une demi-heure par jour, et a déclaré qu'il n'avait aucun plaisir dans la vie (cf. ibidem, p. 24).

d) L'expertise du Dr Z._____ ne permet donc manifestement pas de déterminer l'incidence des atteintes à la santé sur la capacité de travail du recourant, ni de se prononcer sur les ressources à sa disposition pour en surmonter les conséquences.

10. 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 LPG). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). 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, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPG).

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) En l'espèce, il ne pouvait échapper à l'intimé que le volet psychiatrique du rapport d'expertise du M. _____ était insuffisant - compte tenu de ses graves lacunes et défauts - pour statuer sur le droit aux prestations du recourant, de sorte que ce document ne pouvait se voir accorder valeur probante. La Cour de céans estimant que l'intimé a failli à son obligation d'élucider les faits à satisfaction, il s'agit dès lors de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction. Après actualisation des pièces médicales, il lui appartiendra de solliciter une nouvelle expertise psychiatrique du recourant, complétée par un volet neuropsychologique actualisé.

11. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les porter à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) Le recourant obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

d) Le recourant est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité (art. 2 al. 1 let. a et 3bis al. 1 et 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 13 novembre 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et 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 C._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Karim Hichri, pour C. _____,
- 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 :