

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 mars 2025

Composition : Mme LIVET, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

A.L. _____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. A.L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 2001, a déposé une demande de prestations le 27 août 2020 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant souffrir d'une angiodysplasie gastrique, d'un ulcère de Dieulafoy gastrique, d'un hémangiome hépatique et d'une érosion de la muqueuse gastrique. Il ressort en particulier du dossier de l'assuré qu'après avoir vécu en [...] avec sa famille entre 2001 et 2009, celui-ci a terminé sa scolarité en Suisse et a obtenu un diplôme de baccalauréat international à [...] en juillet 2019. L'assuré a effectué divers stages en milieu hospitalier dans différents services, essentiellement d'une semaine, entre juin et août 2019, avant d'entamer, en septembre 2019, une formation de pilote de ligne à [...] qu'il a dû abandonner pour des raisons de santé. Il est alors revenu en Suisse et a effectué un stage du 2 au 14 mars 2020 dans un cabinet médical, stage qui a été interrompu à cause du Covid-19. Dans sa demande, l'assuré précisait qu'il se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 18 juin 2019.

Dans un rapport du 15 septembre 2020, le Dr B._____, spécialiste en gastroentérologie, a posé le diagnostic d'hémorragies digestives d'origine obscure depuis juin 2019. Il a également indiqué que l'assuré souffrait d'anémie ferriprive, qu'il avait connu une insuffisance rénale aiguë sur nécrose tubulaire aiguë (intoxication au polyéthylène glycol en 2017), d'un ulcère gastrique sur anti-inflammatoire non stéroïdien et d'un traumatisme crânien en 2016. Il a conclu à une capacité de travail de 50% à moyen terme.

A la demande de l'OAI, le spécialiste précité a produit, le 27 novembre 2020, une série de rapports d'hospitalisations d'urgence de son patient, entre août 2019 et octobre 2020, essentiellement pour des hémorragies digestives hautes, sans étiologie claire, mais également en raison d'anémie ferriprive, dans différents hôpitaux, soit au Centre hospitalier V._____ ([...]), à la Clinique Q._____, aux Hôpitaux

W._____ ([...]), ainsi qu'à l'Hôpital P._____ Parmi ces documents figurent en particulier :

- un rapport du 26 août 2019 de l'Hôpital P._____, dans lequel sont évoqués deux épisodes d'hématémèse de sang frais non objectivés, ni méléna, ni d'autres symptômes digestifs et dont la conclusion est l'absence de sang ou de stigmate de saignement ;
- un rapport du 17 janvier 2020 du Centre hospitalier V._____, faisant état, à titre de diagnostic principal, d'hémorragies digestives répétées d'origine indéterminée et, à titre de diagnostics secondaires et comorbidités, de trouble de la crase probablement dans le contexte de carences nutritionnelles et/ou d'exposition à des toxiques et de douleurs rétrosternales atypiques probablement dans le contexte d'anémie ;
- le compte-rendu opératoire d'une intervention faite le 15 août 2020 à la Clinique Q._____, consistant en la mise en place d'un DAVI (dispositif d'accès veineux implantable) par dénudation de la veine céphalique droite, compte tenu de la survenance d'hémorragies digestives hautes multifactorielles récidivantes chroniques et de restrictions du capital veineux périphérique (à noter que ce dispositif a été retiré en 2021) ;
- un rapport du 7 septembre 2020 de l'Hôpital P._____, dans lequel il est mentionné qu'une suspicion de consommation de cocaïne avait été évoquée par le Centre hospitalier V._____ en janvier 2020. Un épisode dépressif est diagnostiqué et un suivi psychiatrique recommandé ;
- un rapport du 20 septembre 2020 de l'Hôpital P._____, aux termes duquel il est fait mention d'un syndrome de Münchhausen et de lésion auto-infligée. Un suivi psychiatrique est toujours recommandé auprès du Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ;

- un rapport du 14 octobre 2020 des Hôpitaux W._____, dans lequel il est fait état, outre de douleurs abdominales et d'une anémie hypochrome microcytaire arégénérative, d'un trouble somatoforme douloureux, de trouble de la coagulation, d'hémorragies digestives hautes anamnestiques dans un contexte d'Obscure gastrointestinal Bleeding (OGIB) versus de trouble factice ;

Il ressort des documents produits que l'assuré a été soumis à de nombreux examens, notamment à des œsogastroduodénoscopies (OGD), et a subi à plusieurs reprises des transfusions sanguines.

Dans un rapport du 26 novembre 2020, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assuré, a posé le diagnostic de récurrences très fréquentes d'hémorragies digestives avec anémie sévère, d'origine peu claire. Il a précisé qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de son patient, dès lors qu'il ne l'avait pas revu depuis une année.

Au cours de l'une de ses hospitalisations aux Hôpitaux W._____, du 26 février au 4 mars 2021, l'assuré a été suivi par le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, puis à raison d'une fois par semaine en ambulatoire. Aux termes d'un rapport du 25 mai 2021, le Dr N._____ a posé le diagnostic de trouble factice (F68.1). Le médecin précité a mentionné que son patient souffrait de ce trouble depuis plusieurs années, avec des prémices à l'adolescence avec des hospitalisations dont les causes étaient peu claires, et qu'il était décompensé depuis plus d'un an. Il a précisé que les limitations étaient essentiellement liées à la grande fluctuation de l'état clinique de l'assuré qui pouvait présenter de l'absentéisme et de la difficulté à fournir un travail régulier et prédictible dans le temps. Le Dr N._____ a encore indiqué que s'il était avéré que l'assuré se prélevait lui-même du sang lors de moments de dissociation, de stress intense ou de souffrance psychique, il présentait également tous les symptômes d'une anémie chronique sévère avec fatigabilité. Selon lui, la capacité de travail de l'assuré était,

en l'état, nulle, tout en précisant que la réinsertion était importante pour le pronostic avec une récupération dans les deux ans. Ce médecin a joint à son rapport une évaluation des urgences psychiatriques du 13 janvier 2021, dont il ressort que l'assuré avait été hospitalisé en novembre 2016 à la suite d'une chute d'une échelle ayant occasionné des céphalées, une perturbation de la vision, des convulsions et une paralysie d'une jambe. Les neuropédiatres qui avaient alors examiné l'assuré avaient constaté que les symptômes ne correspondaient pas à une logique anatomique, malgré de multiples tests n'ayant mis aucune lésion en évidence. Les diagnostics de trouble de conversion probable et de trouble dissociatif mixte avaient été posés et l'assuré avait bénéficié d'un suivi avec le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents aux Hôpitaux W._____. Le Dr N._____ a également fourni un rapport d'évaluation psychiatrique du 21 février 2021, dans lequel on lit que le patient avait été transféré à l'Unité psychiatrique Y._____ ([...]) des Hôpitaux W._____ après admission aux urgences pour hématomène, afin d'y investiguer une suspicion de syndrome de Münchhausen, ainsi qu'une lettre de sortie des soins aigus, établie le 26 janvier 2021, aux termes de laquelle le patient devait être contacté pour poursuivre les investigations psychiatriques et instaurer, si nécessaire, un suivi psychothérapeutique. Il ressort en particulier de ce document que l'assuré a souffert d'une adénite mésentérique en septembre 2016, à l'âge de 15 ans, laquelle a nécessité l'introduction d'un traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et que, peu de temps après cette maladie inflammatoire, il a consulté les urgences pédiatriques pour hématomène avec une hospitalisation et la réalisation d'une première gastroscopie montrant une muqueuse bulbaire friable mais sans source de saignement. Le diagnostic de gastropathie réactionnelle aux AINS a été retenu.

Le service de réadaptation de l'OAI a indiqué, le 19 octobre 2021, qu'aucune mesure de réinsertion n'était envisageable, vu les nombreuses hospitalisations, les multiples investigations et l'anémie ferriprive sévère dont souffrait l'assuré. Il a estimé que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire.

Sur demande du 8 novembre 2021 de la Dre R. _____ du Service médical régional AI (SMR), une expertise pluridisciplinaire avec volet psychiatrique, gastroentérologique et de médecine interne a été confiée à X. _____ SA (ci-après : le [...]).

Dans un rapport du 21 février 2022, la Dre G. _____, médecin auprès du Service d'hématologie du Centre hospitalier V. _____, a évoqué le diagnostic d'anémie hypochrome microcytaire, mentionnant également des troubles psychologiques, sans pouvoir se prononcer sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de son patient.

Aux termes de leur rapport du 30 mai 2022, les Drs X. _____, spécialiste en médecine interne générale, F. _____, spécialiste en gastroentérologie, et Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous trois experts auprès du X. _____ SA, ont posé les diagnostics d'anémie hypochrome microcytaire sur hémorragies digestives hautes à répétition (D 508), d'asthénie (R53) en relation avec l'anémie et de suspicion de syndrome d'Ehlers-Danlos (Q 796). Les limitations fonctionnelles d'ordre gastroentérologique et de médecine interne se résumaient en de l'asthénie. Les experts n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique. La capacité de travail était de 100%, en dehors des épisodes hémorragiques à l'origine d'hospitalisations, avec un rendement diminué de 10% dès le 26 août 2019, en raison de l'asthénie engendrée par l'anémie chronique, et nulle lors des hospitalisations qui survenaient entre une fois par trimestre et jusqu'à une fois par mois, voire toutes les trois semaines. L'expert de médecine interne a en particulier précisé qu'il restait à investiguer l'éventuelle influence du syndrome d'Ehlers-Danlos viscéral sur les hémorragies digestives, en l'absence de diagnostic étiologique précis au jour de l'expertise. L'expert psychiatre s'est étonné du diagnostic retenu de trouble factice chez un expertisé qui, au moment de l'entretien et selon l'anamnèse effectuée, ne présentait aucun signe clinique d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité. Il a estimé que la manière de s'exprimer de l'assuré était cohérente et plausible. L'expert a

indiqué avoir confronté l'assuré au rapport d'évaluation psychiatrique des urgences des Hôpitaux W. _____ du 21 février 2021 que celui-ci aurait contesté. Après avoir rappelé les diagnostics posés par le passé, l'expert psychiatre a précisé qu'il n'avait aucun critère clinique pour retenir une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité chez un assuré intelligent, bien conscient de ses difficultés somatiques, disposant de ressources et de mécanismes adaptatifs. L'expert gastroentérologue a indiqué une possible maladie d'Ehlers-Danlos en cours d'investigation. Il a précisé que l'expert psychiatre devait se pencher sur la possibilité d'un syndrome de Münchhausen. Il a évoqué une situation psychique complexe chez un assuré qui avait parlé d'un sentiment d'abandon et s'est dit étonné du détachement de celui-ci vis-à-vis de sa maladie difficilement explicable. L'expert gastroentérologue en a conclu que les symptômes présentés par l'assuré s'expliquaient soit par une maladie organique (Ehlers-Danlos), soit en raison de troubles factices relevant de la psychiatrie.

Dans un rapport d'examen du 27 juin 2022, la Dre R. _____ du SMR a relevé que la situation au niveau digestif était non stabilisée, des investigations étant en cours concernant le syndrome d'Ehlers-Danlos, mais que les conclusions du rapport d'expertise du 22 mai 2022 du X. _____ SA pouvaient être suivies.

Par projet de décision du 4 juillet 2022, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et de rente d'invalidité.

Par courrier du 19 août 2022, l'assuré a fait opposition au projet précité. Il a fait valoir qu'il ne disposait pas d'une capacité de travail de 90%, telle que retenue par l'OAI, relevant qu'il avait dû interrompre à chaque fois les emplois ou stages entrepris compte tenu de son état de santé. A l'appui de son opposition, il a fourni de nouveaux rapports, dont l'un du 8 août 2022 du Prof. S. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation auprès du Centre hospitalier V. _____, dans lequel ce médecin a mentionné une suspicion de syndrome d'Ehlers-Danlos avec

investigations en cours. Il y était indiqué un poids de 68 kg et une taille de 192 cm. L'assuré a également fourni une liste des hospitalisations et consultations entre mi-juin 2019 et mi-août 2022, au nombre d'une soixantaine.

Dans un rapport du 10 novembre 2022, le Prof. S. _____ a mentionné une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée du point de vue strictement musculosquelettique. Il a évoqué un possible syndrome d'Ehlers-Danlos toujours en cours d'investigation. Il a également noté une légère amélioration musculosquelettique, en précisant que l'assuré avait repris 5 kg et qu'il se sentait plus en forme. Il a encore indiqué, s'agissant de savoir si des mesures de réadaptation étaient envisageables, que cela dépendait des pathologies hématologique et psychiatrique. Enfin, il a précisé qu'une évaluation du service de cardiologie du Centre hospitalier V. _____ était prévue. Le Prof. S. _____ a joint à son rapport le protocole opératoire d'une intervention effectuée sur l'assuré le 22 août 2022, à la suite d'une plaie palmaire du poignet droit avec section partielle (50%) de la branche palmaire de l'artère radiale le 19 août 2022.

Le 8 février 2023, l'assuré a complété son opposition, en faisant état de sept nouvelles hospitalisations d'urgence entre le 21 août 2022 et le 3 janvier 2023. Il a expliqué avoir dû annuler divers rendez-vous avec des spécialistes et ne pas avoir pu effectuer les examens prévus (angiologie, cardiologie). Il a précisé qu'il s'était inscrit dans une école supérieure en septembre 2022 et avait dû abandonner ses études un mois après car il se sentait essoufflé, épuisé, souffrait de vertiges et ne dormait plus.

Par avis du 20 février 2023, la Dre R. _____ du SMR a souhaité réinterroger le Prof. S. _____ concernant la suspicion de syndrome d'Ehlers-Danlos et interroger d'autres spécialistes (en angiologie et en cardiologie notamment).

Dans un rapport du 28 mars 2023, le Dr J._____, spécialiste en angiologie auprès du Centre hospitalier V._____, a précisé qu'il avait vu en consultation à une reprise l'assuré. Il a retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'anémie chronique sur carence martiale sur pertes non identifiées, de troubles de l'adaptation (F 43.24) et de troubles dissociatifs (F 44.7), tout en précisant qu'il ignorait si les diagnostics psychiatriques étaient toujours d'actualité et s'ils influençaient la capacité de travail. Selon lui, le pronostic était bon. Il était question de déterminer si l'anémie était secondaire à un syndrome d'Ehlers-Danlos vasculaire ou à un trouble factice ou syndrome de Münchhausen. Le Dr J._____ a encore précisé qu'en l'absence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos, un trouble psychiatrique était suspecté.

Le 3 avril 2023, le Prof. S._____ a répondu à l'OAI qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail de son patient, l'état de santé étant très fluctuant d'un jour à l'autre, et que les investigations concernant un possible syndrome d'Ehlers-Danlos étaient toujours en cours.

Dans un rapport du 17 mai 2023, le Dr V._____, spécialiste en cardiologie auprès du Centre hospitalier V._____, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'anémie hypochrome microcytaire sur carence martiale et perte sanguine non identifiée possiblement sur un trouble factice sur lésions auto-induites, de diathèse hémorragique non retenu, de plusieurs épisodes de syncope avec prodromes de type vasovagale et de réduction subjective de la capacité fonctionnelle depuis trois ans et, à titre de diagnostic secondaire, de suspicion de syndrome d'Ehlers-Danlos avec hypermobilité généralisée positif. Il a précisé que du point de vue cardiologique, il n'y avait pas de limitation de la capacité d'effort et qu'aucun traitement particulier n'était envisagé hormis le tilt test que le patient avait annulé. A titre de limitation fonctionnelle, le Dr V._____ a mentionné une dyspnée dans le contexte d'une probable anémie.

Dans un avis du 19 juin 2023, la Dre R._____ du SMR a souhaité notamment recevoir une copie du bilan effectué pour confirmer ou infirmer le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos.

Le Centre hospitalier V._____ lui a alors fait parvenir, le 10 juillet 2023, un rapport de consultation des maladies vasculaires rares du 11 avril 2023, dans lequel le Dr J._____ indiquait que deux critères majeurs et deux critères mineurs de diagnostics de Villefranche-sur-mer pour un syndrome d'Ehlers-Danlos vasculaire étaient positifs. Il évoquait le diagnostic différentiel de trouble factice ou syndrome de Münchhausen et listait les comorbidités et antécédents du patient. Le Dr J._____ concluait que l'hypothèse d'un syndrome de Münchhausen paraissait hautement plausible devant un patient impliqué dans sa prise en charge dans des contextes d'urgence (dont une quarantaine d'oesogastroduodénoscopies), utilisant de nombreux termes médicaux spécialisés et se présentant comme un étudiant en médecine. Le médecin précité faisait également remarquer que la lésion iatrogène de l'artère radiale paraissait suspecte chez un patient qui décrivait cette lésion comme secondaire à un accident de cuisine. Le Dr J._____ expliquait que le cas serait discuté au prochain colloque des maladies vasculaires rares avec la question de l'indication à compléter le bilan par la recherche de mutation du gène COL3A1, de la nécessité ou non de poser un port-à-cath en vue de transfusions régulières de fer et de l'épuisement du capital veineux superficiel et de la suite de la prise en charge si le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos n'était pas retenu.

Par avis du 31 août 2023, la Dre R._____ du SMR a mentionné que les investigations sur le plan somatique permettaient d'écarter la présence d'une atteinte à la santé durablement incapacitante, seule une baisse de la capacité de travail de 10% pouvant être admise à cause d'une fatigue ou fatigabilité induite par l'anémie chronique. En revanche, la problématique psychiatrique semblait être au premier plan, plusieurs diagnostics de ce registre-là ayant été évoqués par le service d'angiologie de l'Hôpital D._____, par le Centre hospitalier V._____ et par les Hôpitaux W._____. En outre, il existait des éléments surprenants

et incongrus dans le récit de l'assuré, si bien qu'une expertise psychiatrique semblait nécessaire pour confirmer ou infirmer le diagnostic de trouble factice (en incluant un examen des diagnostics d'hospitalisme, de patient itinérant et de syndrome de Münchhausen). Le Dr R. _____ a ainsi demandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Ce mandat a été confié au Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui, dans un rapport du 11 décembre 2023, a mentionné que l'assuré présentait un trouble somatoforme douloureux persistant sans impact sur le quotidien, dans le contexte de traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, alors non décompensés et sans limitations psychiatriques significatives. La capacité de travail de l'assuré était de 100% dans toute activité. Le Dr M. _____ a encore précisé qu'il ne retenait pas d'incohérences chez un assuré authentique qui n'exagérerait pas ses plaintes psychiques, ni sa journée type et que la seule incohérence qu'il notait concernait la demande de rente d'invalidité pour des raisons psychiatriques en l'absence de limitations fonctionnelles significatives dans ce registre. L'assuré gardait des capacités et des ressources personnelles satisfaisantes d'un point de vue psychiatrique. Au terme de son expertise, le Dr M. _____ a cependant soulevé la nécessité d'un suivi psychiatrique régulier pour améliorer le pronostic évolutif avec un traitement antidépresseur de duloxétine, tout en relevant que ces mesures n'étaient pas exigibles compte tenu d'une capacité de travail de 100%.

Sur demande du SMR, le Dr M. _____ a apporté un complément d'expertise le 15 janvier 2024. S'agissant en particulier des diagnostics différentiels de troubles factice et de syndrome de Münchhausen, l'expert a mentionné ce qui suit :

« L'assuré présente un trouble douloureux somatoforme persistant dans le contexte de traits de la personnalité mixte émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé. Nous ne pouvons pas affirmer qu'il provoque seul ses lésions et nous ne pouvons ni confirmer, ni infirmer un syndrome de Münchhausen. Toutefois, tenant compte de l'absence de symptômes psychotiques et de la journée type, même au cas où il provoquerait ses lésions somatiques lui-même, il n'y a pas de

limitations psychiatriques objectivables dans la journée type et ni durant l'entretien clinique, donc l'incapacité de travail devrait être évaluée d'un point de vue somatique. Car nous ne retenons pas de limitations psychiatriques significatives. Par ailleurs, l'assuré ne confirme pas qu'il s'inflige seul des lésions et il n'a pas de plaintes psychiatriques, donc il existe une nette discordance entre la demande de rente pour des raisons psychiatriques et l'examen clinique, la journée type et les plaintes de l'assuré.

L'assuré ne présente pas de trouble dépressif ou anxieux caractérisé, car en cas d'épisode dépressif même léger caractérisé par une tristesse significative présente la plupart de la journée est attendue et non influencée par les circonstances extérieures, accompagnée d'une anhédonie, ce qui n'est pas le cas dans cette situation, puisque l'assuré a des plaisirs conservés dans le quotidien avec sa copine qu'il a pu rencontrer durant ses arrêts maladie, avec des amis, avec des vacances possibles, sans anhédonie objectivable et sans impact sur le quotidien de sa tristesse et de ses angoisses fluctuantes, mais uniquement de son status algique.

Nous n'objectivons aucun trouble de l'adaptation et ni de dissociation actuellement, mais un tel trouble, d'une intensité inférieure à celle d'un épisode dépressif léger selon la CIM-10 a pu exister ponctuellement dans le passé, sans impact significatif sur le quotidien. »

Concernant la question de savoir si l'assuré n'avait pas été en mesure de se former pour des raisons médicales, l'expert M. _____ a répondu ce qui suit :

« Nous ne retenons aucune plainte et aucune limitation psychiatrique significative ayant empêché une formation dans le passé ou actuellement selon l'anamnèse, l'examen clinique et la journée type et les observations REA ne nous permettent pas de remettre en question l'appréciation de la capacité de travail que nous avons faite tenant compte de l'anamnèse, l'examen clinique, la mini ICF, la journée type et les indices jurisprudentiels de gravité. Par ailleurs, on a de la peine à comprendre pourquoi aucune mesure de réinsertion professionnelle ne serait envisageable d'un point de vue psychiatrique chez un assuré qui peut sortir, rencontrer une compagne et suivre des cours en médecine en tant qu'auditeur libre. Par rapport à son parcours scolaire et professionnel, nous ne retenons ni antécédents, ni traumatismes significatifs, ni suivis psychiatriques importants et il a obtenu un baccalauréat international sans difficultés d'apprentissage documentée. Nous estimons qu'il aurait pu faire un CFC s'il avait eu un tel intérêt par exemple à l'époque où il a réussi son baccalauréat.

L'intéressé a débuté ses études scolaires en Indonésie et il est resté là-bas avec sa famille durant huit ans, puis il a continué la scolarité obligatoire en Suisse. L'assuré dit avoir eu deux suivis de quelques mois avec un psychiatre et un psychologue, depuis sa maladie en 2019. Il ne ressent pas qu'il a besoin d'un suivi à ce niveau-là, car la situation est psychologiquement pesante mais c'est relatif aux problèmes de santé physique qu'il doit gérer depuis 2019 et il n'a pas de limitations psychiques dans le quotidien.

Après l'obtention du baccalauréat international, l'assuré aurait débuté des études en aviation à l'université d' [...], mais il a dû retourner en Suisse vers la fin 2019. Ensuite, il a fait trois mois dans

l'école d'ambulancier à [...] avec une formation préalable réussie et il fait quelques stages en médecine. Actuellement, il doit suivre des cours de médecine au [...] en auditeur libre ».

Dans une prise de position du 1^{er} mars 2024, l'OAI a considéré que les expertises du X. _____ SA et du Dr M. _____ étaient probantes et que la contestation de l'assuré du projet de décision du 4 juillet 2022 n'apportait pas d'éléments susceptibles de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

Par décision du 1^{er} mars 2024, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi de prestations, au motif que sa capacité de travail était de 90% dans toute activité et qu'il ne subissait donc pas de préjudice économique.

B. Par acte du 26 mars 2024, A.L. _____, dont la mère a également signé l'acte en question, a recouru contre la décision précitée, en concluant implicitement à son annulation. Il a en substance fait valoir que les avis médicaux provenant des différents spécialistes consultés n'avaient pas pris pleinement en compte l'intégralité de sa situation médicale et présentaient des contradictions.

Dans sa réponse du 27 mai 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant aux avis du SMR, des 8 janvier et 1^{er} mars 2024, ainsi qu'au rapport d'expertise du 30 mai 2022 du X. _____ SA et à celui du 11 décembre 2023 du Dr M. _____, complété le 15 janvier 2024.

Répliquant le 26 juin 2024, le recourant a maintenu sa position, précisant notamment qu'il était crucial de prendre en compte, dans la détermination de sa capacité de travail, son état physique. Il a également relevé que des contradictions existaient entre l'avis des psychiatres mandatés par l'OAI et ceux qu'il avait consultés antérieurement. A l'appui de son écriture, il a notamment produit :

- un rapport, figurant déjà au dossier, du 20 novembre 2020 du Centre hospitalier V. _____, dans lequel était diagnostiqué une anémie avec hématomèse anamnestique

dans un contexte d'une hypofibrinogénémie et d'hémorragies digestives à répétition d'origine indéterminée ;

- un rapport, également déjà connu, du 20 janvier 2021 des Hôpitaux W._____, faisant état d'une anémie microcytaire hypochrome avec clinique d'hématémèses à répétition d'étiologie indéterminée ;
- un rapport du 19 mars 2024 du Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale auprès du Centre hospitalier V._____, qui a posé le diagnostic principal d'anémie d'origine indéterminée multi-investiguée et les diagnostics secondaires et comorbidités de « problème social et familial », de troubles de l'adaptation avec prédominance des troubles de conduite (F43.24) et de troubles dissociatifs (de conversion) mixte (F44.7), entre autres. Le Dr H._____ a mentionné qu'indépendamment de l'origine des saignements, un effort de réintégration professionnelle du patient devait être entrepris avec un suivi médical et psychologique, voire psychiatrique, rapproché du patient et de sa famille.

Par duplique du 24 juillet 2024, l'intimé s'est référé à un avis du 12 juillet 2024 du SMR, qui a émis des doutes quant à la capacité de travail de 90% retenue dans le rapport d'expertise du X._____SA du 30 mai 2022, compte tenu des nombreuses hospitalisations et consultations médicales depuis 2019, lesquelles avaient empêché le suivi régulier et constant d'un processus de formation.

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. 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, comme en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'octroi en sa faveur de mesures professionnelles ou d'une rente et, partant, sur la détermination de sa capacité de travail.

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

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans

être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. 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) Le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_228/2024 du 7 novembre 2024 consid. 4.2 ; TF 8C_816/2023 du 28 août 2024 consid. 3.2). Le juge des assurances ne peut ainsi, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il incombe à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9

novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) Tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). 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).

6. a) En l'espèce, le recourant soutient, en substance, qu'il ne dispose pas d'une capacité de travail de 90%, telle que retenue par les experts du X. _____ SA, et fait valoir que son état de santé n'a pas été évalué dans sa globalité.

b) L'intimé, pour sa part, se fonde sur le rapport d'expertise du 30 mai 2022 du X. _____ SA, pour ce qui est de l'aspect somatique, et sur le rapport du 11 décembre 2023, complété le 15 janvier 2024, du Dr M. _____, concernant le volet psychiatrique.

c/aa) Sur le plan somatique, les experts du X. _____ SA ont mentionné, dans leur rapport du 30 mai 2022, qu'il existait une suspicion de syndrome d'Ehlers-Danlos, lequel était en cours d'investigation. L'expert gastroentérologue, en particulier, a indiqué que les symptômes présentés par l'assuré ne semblaient pas pouvoir rentrer dans le cadre d'une maladie digestive clairement identifiée et a précisé que le Prof. S. _____ avait évoqué la probabilité d'une maladie d'Ehlers-Danlos,

laquelle était caractérisée par la répétition d'accidents artériels et digestifs spontanés tout au long de la vie. Il y avait ainsi lieu, selon l'expert précité, d'établir la cause exacte des problèmes de santé de l'assuré (maladie organique authentifiée, telle qu'Ehlers-Danlos, ou origine psychiatrique, tels que des troubles factices). L'expert de médecine interne a, pour sa part, relevé qu'il n'existait pas de diagnostic étiologique précis au jour de l'expertise. En effet, d'une part, un syndrome de Münchhausen était suspecté sur le plan psychiatrique et, d'autre part, un syndrome d'Ehlers-Danlos avec une atteinte viscérale en cours d'investigation avait été évoqué récemment lors d'une consultation rhumatologique au Centre hospitalier V._____. Par conséquent, la pathologie digestive était, au jour de l'expertise, non stabilisée, et l'étiologie de cette maladie n'était pas connue. L'expert de médecine interne précisait qu'il n'était donc pas en mesure de se prononcer sur les chances de guérison et l'évolution de la pathologie. En définitive, les experts du X._____SA ont conclu à une capacité de travail (ou de formation professionnelle) de 100% avec un rendement diminué de 10% depuis le 26 août 2019 en raison de l'asthénie engendrée par l'anémie chronique et ce, en dehors des périodes hémorragiques, à l'origine d'hospitalisations.

Dans un avis du 20 février 2023, la Dre R._____ du SMR a mentionné le rapport du 8 août 2022 du Prof. S._____, dans lequel celui-ci évoquait une suspicion de syndrome d'Ehlers-Danlos. Elle a alors demandé que le spécialiste précité soit réinterrogé. Dans un rapport du 3 avril 2023, le Prof. S._____ a de nouveau indiqué, à titre de diagnostic pouvant avoir une influence sur la capacité de travail de l'assuré, un possible syndrome d'Ehlers-Danlos, dont le bilan était en cours. Dans un avis du 19 juin 2023, la Dre R._____ a souhaité recevoir une copie des conclusions du bilan pour confirmer ou infirmer le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos. En réponse à sa demande, un rapport de consultation des maladies vasculaires rares du 11 avril 2023 a été fourni par le Centre hospitalier V._____. Ce rapport faisait toujours état d'un possible syndrome d'Ehlers-Danlos. Il ressort également de ce document que le cas allait être discuté lors d'un colloque multidisciplinaire des maladies

vasculaires rares afin de déterminer les prochaines investigations. L'hypothèse de trouble factice (ou de syndrome de Münchhausen) était également évoquée et paraissait, aux yeux des médecins, fortement plausible. Après la réception de ce rapport, la Dre R. _____ (cf. avis du 31 août 2023) a considéré que toutes les investigations que l'assuré avait eues sur le plan somatique permettaient d'écarter la présence d'une atteinte à la santé durablement incapacitante, seule une baisse de la capacité de travail de 10% pouvait être admise à cause d'une fatigabilité induite par l'anémie chronique. Elle a mentionné que la problématique principale chez l'assuré demeurait sur le plan psychiatrique, raison pour laquelle elle a préconisé la mise en œuvre d'une expertise dans ce registre.

En l'occurrence, il y a lieu de constater que les investigations concernant un possible syndrome d'Ehlers-Danlos pouvant avoir une incidence sur la capacité de travail du recourant étaient toujours en cours au moment où le SMR s'est prononcé. Celui-ci ne pouvait ainsi pas simplement écarter cette hypothèse et considérer que ce diagnostic n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant. Les experts du X. _____ SA eux-mêmes ont précisé que l'état de santé de l'assuré n'était pas stabilisé et que les investigations concernant un possible syndrome d'Ehlers-Danlos étaient toujours en cours, si bien que leurs conclusions s'agissant de la capacité de travail retenue n'apparaissent pas probantes. En outre, on peut constater que, concrètement, l'assuré n'a jamais été capable d'entreprendre une formation et de la mener à terme depuis l'obtention du baccalauréat en juillet 2019. Il n'a en effet effectué que des stages d'une semaine tout au plus dans le domaine médical et a tenté d'entreprendre une formation de pilote qu'il a dû interrompre après quelques mois en raison de ses problèmes de santé. Les conclusions des experts du X. _____ SA, qui ne correspondent pas à la réalité des faits, doivent par conséquent être écartées.

D'ailleurs, la Dre R. _____ a admis que les nombreuses hospitalisations et consultations médicales depuis 2019 avaient empêché le suivi régulier et constant d'un processus de formation. Elle a ainsi remis

en cause les conclusions des experts du X._____SA, s'agissant de la capacité de travail retenue, dans un avis du 12 juillet 2024, joint aux déterminations de l'intimé du 24 juillet 2024. Dans ce contexte, il convient d'admettre que l'instruction est lacunaire sur le plan somatique et qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire s'impose, après avoir complété le dossier avec les derniers renseignements médicaux en date, notamment auprès du Centre hospitalier V._____.

bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr M._____ n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) sans impact sur le quotidien en dehors des activités lourdes physiquement. Il a également mentionné des traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, alors non décompensés (Z73.1). L'expert M._____ a conclu à une capacité de travail de l'assuré de 100% dans toute activité. A la lecture du rapport d'expertise de ce spécialiste, il apparaît que celui-ci n'a pas évalué avec sérieux la situation de l'assuré, compte tenu de l'anamnèse et des pièces figurant au dossier. En effet, il s'agissait, pour l'expert psychiatre, de rechercher une éventuelle origine, dans ce registre, des troubles rencontrés par l'assuré et, par conséquent, de déterminer précisément s'il existait un contexte de trouble factice ou de syndrome de Münchhausen susceptible d'influencer la capacité de travail du recourant. Or, le DrM._____ n'a aucunement abordé cet aspect dans son rapport d'expertise du 11 décembre 2023. Ce n'est que dans un complément du 15 janvier 2024, sujet à critiques comme on le verra, que l'expert a tenté d'apporter des réponses s'agissant des éléments déterminants. Dans son rapport du 11 décembre 2023, le Dr M._____ a relevé qu'il n'y avait pas d'incohérences chez un assuré authentique qui n'exagérerait pas ses plaintes psychiques, ni sa journée type et que la seule incohérence « concern[ait] la demande de rente d'invalidité pour des raisons psychiatriques dans (sic) l'absence de limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique mais uniquement au niveau somatique ». Cette seule phrase permet de douter de la compréhension de l'expert quant au mandat qui lui a été confié. Plus loin dans son

rapport, l'expert psychiatre a mentionné que l'assuré ne confirmait pas qu'il s'infligeait seul des lésions et qu'il n'avait pas de plaintes psychiatriques, donc qu'il existait une nette discordance entre la demande de rente pour des raisons psychiatriques et l'examen clinique, la journée type et les plaintes de l'assuré. Là encore, l'expert ne semble pas avoir compris la situation et l'enjeu du mandat qui lui a été confié. Dans la discussion par rapport aux diagnostics différentiels, l'expert M._____ a précisé que l'assuré ne présentait pas de trouble dépressif ou anxieux caractérisé, ni de trouble de l'adaptation ou de dissociation mais n'a nullement évoqué les diagnostics posés par le passé (trouble factice, syndrome de Münchhausen) sur lesquels il devait précisément se prononcer. Cette problématique a en effet fait l'objet d'un complément du 15 janvier 2024, dans lequel l'expert psychiatre a indiqué qu'il ne pouvait ni confirmer, ni infirmer l'existence d'un syndrome de Münchhausen pour la seule raison qu'il n'était pas en mesure d'affirmer que l'assuré provoquait seul ses lésions. Le Dr M._____ a ainsi balayé la problématique sans procéder à une analyse sérieuse, alors qu'il s'agissait d'un élément déterminant, sur lequel on pouvait attendre d'un spécialiste de la psychiatrie qu'il apporte un éclairage convaincant. Il s'est en effet contenté d'écarter les diagnostics retenus par le passé et à nouveau évoqués par les médecins somaticiens, sans motivation aucune et sans tenir compte de l'anamnèse du recourant, laquelle permet de constater que la composante psychiatrique a été régulièrement mise en avant tout au long de ses hospitalisations et que son histoire médicale a débuté alors qu'il était relativement jeune. Quant au parcours scolaire et professionnel de l'assuré, l'expert psychiatre n'y a vu aucun problème et s'est fié aux dires de l'assuré, sans faire preuve d'esprit critique. Ses constatations manquent une fois encore de sérieux et n'emportent pas la conviction. A cela s'ajoute que des incohérences figurent dans le rapport du 11 décembre 2023 du Dr M._____. Par exemple, celui-ci n'a pas retenu d'atteinte psychiatrique invalidante, en particulier pas de trouble dépressif, mais il a tout de même préconisé un suivi psychiatrique avec traitement antidépresseur afin d'accélérer le processus de guérison, de diminuer les douleurs et de favoriser une réinsertion professionnelle, évoquant un contexte de conflits émotionnels et de problèmes

psychosociaux. Il a également mentionné, en lien avec l'examen du diagnostic de troubles de la personnalité, que l'assuré présentait des comportements disharmonieux mais pas « nettement disharmonieux » sans motiver son appréciation. En conclusion, il y a lieu de constater que le rapport d'expertise du 11 décembre 2023 du Dr M._____ et son complément du 15 janvier 2024 ne sont pas probants et qu'il s'avère nécessaire de compléter l'instruction dans le registre psychiatrique, en procédant à une nouvelle expertise, après avoir requis des renseignements médicaux, sur ce plan-là, auprès des intervenants éventuellement consultés par le recourant.

d) En définitive, l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas à la Cour de se prononcer en toute connaissance de cause. Il manque en effet au dossier une expertise pluridisciplinaire qui tienne compte de l'état de santé du recourant dans sa globalité (aspect somatique et psychiatrique) et des éventuelles interactions somatiques et psychiatriques et de leurs répercussions sur sa capacité de travail. Cette expertise devra comporter à tout le moins les volets suivants : médecine interne, gastroentérologique, rhumatologique et psychiatrique, à charge pour les experts, s'ils l'estiment nécessaire, de s'adjoindre d'autres spécialistes, notamment en hématologie, médecine physique et (neuro)psychologie. Les experts devront en particulier se prononcer sur l'existence ou non d'un syndrome d'Ehlers-Danlos et de son éventuelle répercussion sur la capacité de travail du recourant. Ils devront également examiner si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant est pertinent et dans l'affirmative, si ce diagnostic, éventuellement en interaction avec d'autres atteintes, a des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Les experts auront également pour tâche de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de trouble factice ou de syndrome de Münchhausen et de déterminer si d'autres diagnostics psychiatriques ou facteurs pouvant avoir une incidence sur la capacité de travail du recourant sont présents. A cet égard, on notera que celui-ci a produit, à l'appui de sa réponse, un rapport du 19 mars 2024, relatif à une hospitalisation les 10 et 11 mars 2024, dans lequel les diagnostics secondaires de troubles de l'adaptation avec prédominance des troubles

de conduite (F43.24) et de troubles dissociatifs (de conversion) mixte (F44.7) ont été évoqués. Ces diagnostics devront ainsi également faire l'objet d'une analyse dans le cadre de la nouvelle expertise qui sera mise en œuvre. Enfin, les experts devront procéder à une évaluation interdisciplinaire, tenant compte de l'ensemble des atteintes (somatiques et psychiatriques) du recourant et de leurs incidences sur sa capacité de travail. Celle-ci devrait être déterminée rétroactivement depuis août 2019.

7. a) 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 justifié 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 ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire (art. 44 LPGA), pour qu'il mette en œuvre l'expertise pluridisciplinaire évoquée *supra* (cf. consid. 6), après avoir complété le dossier du recourant.

8. a) Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

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) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, le recourant ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 1^{er} mars 2024 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 puis nouvelle décision.

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

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- A.L. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :