

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juillet 2025

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, juge unique
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 45 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé le 10 mai 2021 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le 16 juillet 2021, le Dr R._____, médecin généraliste traitant, a répondu à un questionnaire de l'OAI en indiquant que l'assuré était en incapacité de travail totale depuis plus de dix ans en raison d'une ancienne toxicomanie substituée, d'un trouble anxio-dépressif chronique et d'un trouble de la personnalité de type émotionnellement labile.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a mandaté B._____ afin de procéder à une expertise psychiatrique de l'assuré, laquelle a été réalisée par la Dre G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a fait l'appréciation suivante dans son rapport d'expertise du 14 juillet 2022 :

« 3.4 Diagnostics

Diagnostics incapacitants :

CIM10 F60.31 Trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline

CIM10 F19.20 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives.

CIM10 F41.9 Trouble anxieux sans précision.

CIM10 F90.0 Perturbation de l'activité et de l'attention

Diagnostics non-incapacitants :

CIM10 F90.0 Trouble hyperkinétique

[...]

3.6 Recommandations thérapeutiques et pronostic

La personne assurée n'a jamais bénéficié d'un suivi psychiatrique-psychothérapeutique intégré ni d'un suivi en addictologie.

Ce suivi doit être mis en place afin de restaurer chez l'assuré un reconditionnement et une future capacité de travail dans une activité adaptée aux limites fonctionnelles

Ce suivi doit être médical, psychiatrique et de réinsertion

Le pronostic ne sera possible qu'après l'instauration de ces mesures.

[...]

3.8 Réponses aux questions du mandant

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

• **Combien d'heures de présence l'expertisé peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?**

Oh depuis 2010 en tant que confiseur-pâtissier.
[...]

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

• Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'expertisée ?

La personne assurée ne peut pas être exposée au public, elle doit faire partie d'une équipe à taille humaine et avoir des missions claires auxquelles elle adhère et qui la font sentir utile.

Le rapport à la hiérarchie doit être contenant et accessible au dialogue.

La personne assurée doit se sentir entendue et respectée.

• Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?

8h25.

• La performance de l'expertisée serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Néant.

• À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'expertisée dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100 % ?

100 %.

• Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil de temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?

Depuis 2010, l'évolution de la situation de la personne assurée est restée la même, s'installant dans une chronicisation. Le pronostic dépend de l'instauration d'un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré et de mesures de reconditionnement et de réinsertion. »

Se déterminant le 9 août 2022 sur le dossier, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu, sur la base de l'expertise de B._____, que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle mais une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans un projet de décision du 3 janvier 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, au motif qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée lui permettant d'obtenir un revenu excluant le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles.

Dans un courrier du 3 février 2023, l'assuré, désormais représenté par Me Jean-Michel Duc, s'est opposé à ce projet de décision, en sollicitant l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Le 7 mars 2023, il a complété son opposition en produisant un rapport du 1^{er} mars 2023 du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mandaté par lui afin de réaliser une contre-expertise psychiatrique. Outre l'octroi d'une rente entière, l'assuré a sollicité la prise en charge des frais de cette expertise privée. Dans le rapport précité, le Dr D._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, de trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte, de trouble d'hyperactivité/déficit d'attention chez l'adulte, d'utilisation nocive d'alcool et de tabac, de syndrome de dépendance au cannabis, aux opiacés, aux benzodiazépines, d'apnée du sommeil sévère, de fractures récentes de côtes, d'anémie ferriprive, d'hypovitaminose D et d'hyperglycémie. Il a conclu à une incapacité de travail totale dans toute activité.

Le 17 mars 2023, l'assuré a réitéré sa demande de prise en charge des frais du rapport du Dr D._____ et a produit la facture y relative du 1^{er} mars 2023 d'un montant de 6'300 fr. (soit 21 heures à 300 fr. de l'heure), laquelle faisait état d'un acompte de 1'000 fr. versé par l'assuré.

Dans un avis du 31 mars 2023, après avoir pris connaissance de l'expertise privée, le SMR a préconisé de poursuivre l'instruction médicale.

L'OAI a repris l'instruction et procédé à des investigations complémentaires, notamment en interpellant le psychiatre traitant de l'assuré et en obtenant des rapports relatifs à des hospitalisations de ce dernier en milieu psychiatrique intervenues dans les années 1990 (cf. notamment rapport du 3 février 1996 de [...] ; rapport du 31 mars 1999 du [...]).

Se déterminant à nouveau sur le dossier, dans un avis du 25 janvier 2024, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise de B._____.

Le dossier a ensuite été soumis à un juriste de l'OAI qui, dans un avis du 5 novembre 2024, a constaté que nonobstant la capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée mentionnée dans les conclusions de l'expertise de la Dre G._____ de B._____, son rapport d'expertise mentionnait la nécessité d'un suivi médical et de mesures de réadaptation au préalable et devait être interprété dans le sens d'une absence de capacité de travail de l'assuré au moment de l'expertise. Il y avait ainsi lieu de retenir une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 2009. Concernant la prise en charge des frais de l'expertise effectuée par le Dr D._____, le juriste de l'OAI a estimé qu'elle devait être refusée, dans la mesure où le rapport de ce spécialiste n'apportait pas d'éléments nouveaux, hormis une divergence de diagnostic concernant le trouble bipolaire qui n'avait pas d'incidence sur l'appréciation de la capacité de travail de l'assuré.

Dans un projet de décision du 7 novembre 2024, annulant et remplaçant celui du 3 janvier 2023, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui allouer une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2021.

Par décision du 7 novembre 2024, l'OAI a refusé la prise en charge des frais de l'expertise du Dr D._____.

Le 11 décembre 2024, l'assuré a indiqué à l'OAI ne pas avoir de remarques à formuler à l'égard du projet de décision d'octroi de rente et lui a demandé de transmettre sans délai le dossier à la caisse de compensation en vue de la notification de la décision.

Par décision du 10 janvier 2025, l'OAI a octroyé une rente entière à l'assuré à compter du 1^{er} novembre 2021.

B. Par acte de son conseil du 13 décembre 2024, Q._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 7 novembre 2024 refusant la prise en charge des frais du rapport médical du Dr D._____. Il a conclu, avec suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'intimé est condamné à lui verser un montant de 5'300 fr. pour les frais relatifs à l'établissement du rapport médical précité, et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Dans sa réponse du 7 février 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours, en faisant valoir que le rapport d'expertise du Dr D._____ n'avait pas apporté d'éléments nouveaux depuis le rapport d'expertise du 14 juillet 2022 de B._____ en ce qui concerne la psychiatrie et formulait les mêmes conclusions.

Le recourant a maintenu sa position aux termes de sa réplique du 24 février 2025.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions d'ordonnancement de la procédure ne peuvent pas être attaquées par voie d'opposition, si bien qu'elles sont directement attaquables par la voie du recours devant le tribunal des assurances compétent. La recevabilité d'un recours contre une décision incidente doit être admise si celle-ci peut causer au recourant un préjudice irréparable. Il faut que le recourant ait un intérêt digne de protection à ce que la décision incidente soit immédiatement annulée ou

modifiée, sans attendre le recours ouvert contre la décision finale (art. 46 al. 1 let. a PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021] applicable par renvois successifs des art. 55 al. 1 LPGA et 5 al. 1 et 2 PA ; ATF 138 V 271 consid. 1.2.1 ; 137 V 210 consid. 3.4.2.7 ; 132 V 93 consid. 6.1). Un préjudice ne peut être qualifié d'irréparable que s'il cause un inconvénient de nature juridique ; tel est le cas lorsqu'une décision finale même favorable à la partie recourante ne le ferait pas disparaître entièrement, en particulier lorsque la décision incidente contestée ne peut plus être attaquée avec la décision finale, rendant ainsi impossible le contrôle par le Tribunal fédéral (ATF 143 III 416 consid. 1.3 ; 139 V 42 consid. 3.1 et les références).

b) En l'occurrence, il y a lieu de retenir que la décision attaquée est susceptible de causer au recourant un préjudice irréparable, le refus de prise en charge des frais du rapport du Dr D._____ ne pouvant vraisemblablement pas être contestée avec la décision au fond, qui alloue au recourant la rente entière d'invalidité qu'il a sollicitée et qui ne semble pas litigieuse. Pour le surplus, le recours a été 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 il respecte les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur la prise en charge des frais de l'expertise mise en œuvre par le recourant auprès du Dr D._____.

3. Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise font partie des

frais de procédure (TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 6.1 et les arrêts cités, in SVR 2017 n° 19 p. 63).

En principe, il n'est pas nécessaire que les mesures indispensables à l'appréciation du cas apportent des éléments nouveaux, infirment ou confirment les informations déjà obtenues, mais uniquement qu'elles soient utilisables pour l'assureur social pour statuer sur le cas (Anne-Sylvie Dupont, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 14 ad art. 45 LPGa). L'admissibilité de l'imputation des frais d'un rapport médical à l'administration ne dépend pas de la question de savoir si ledit rapport a effectivement permis de fournir les éclaircissements attendus par l'instance précédente. Il peut suffire qu'il donne lieu à des investigations supplémentaires qui n'auraient pas été ordonnées en son absence (TF 9C_395/2023 du 11 décembre 2023 consid. 6.3 ; 9C_255/2022 du 3 mai 2023 consid. 3 et les arrêts cités).

4. En l'espèce, l'intimé a dans un premier temps nié le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité en retenant l'exigibilité d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sur la base de l'avis du SMR et de l'expertise de B._____. Après production du rapport du Dr D._____, il a estimé nécessaire de reprendre l'instruction médicale, en sollicitant notamment des rapports médicaux en lien avec les anciennes hospitalisations du recourant en milieu psychiatrique dont l'experte de B._____ n'avait pas connaissance. Il ne fait guère de doute que sans le rapport du Dr D._____, l'intimé n'aurait pas ordonné des investigations complémentaires et que ce document a été décisif pour la reprise de l'instruction, à l'issue de laquelle l'intimé est revenu sur sa position. Ce rapport a été déterminant pour l'appréciation du cas et l'intimé ne saurait s'opposer à la prise en charge des frais y relatifs au motif qu'il formule les mêmes conclusions que celles de l'experte de B._____ en termes d'absence d'accès possible au marché du travail, dans la mesure où la jurisprudence n'exige pas que le rapport médical dont la prise en charge est litigieuse apporte des éléments nouveaux ou infirment les informations déjà obtenues. Par ailleurs, si

l'experte de B._____ évoquait les difficultés rencontrées par l'assuré au moment de l'expertise et le fait qu'un traitement adéquat devait être instauré pour une possible reprise de travail, il n'en demeure pas moins qu'elle avait admis une capacité de travail entière dans une activité adaptée et que l'intimé avait rendu son projet de refus de prestations sur cette base. Le rapport du Dr D._____ semble ainsi avoir joué un rôle important également pour la nouvelle lecture de l'expertise de B._____ faite par l'intimé, lequel a finalement interprété cette expertise dans le sens d'une absence totale de capacité de travail dans toute activité.

Il découle de ce qui précède que les frais d'établissement du rapport du Dr D._____ doivent être mis à la charge de l'intimé, étant précisé que leur montant, par 6'300 fr., ne prête pas le flanc à la critique et n'est du reste pas contesté par les parties. C'est ainsi ce montant qui doit être alloué au recourant, lequel a conclu par erreur au paiement de la somme de 5'300 fr. sans tenir compte de l'acompte de 1'000 fr. qu'il avait versé au Dr D._____.

5. En définitive, le recours doit être admis et la décision du 7 novembre 2024 doit être réformée en ce sens que l'intimé est tenu de prendre en charge les frais du rapport médical du 1^{er} mars 2023 du Dr D._____ à hauteur de 6'300 francs.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI et art. 61 let. f bis LPGA).

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

Par ces motifs,

**la juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 7 novembre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que cet Office est tenu de prendre en charge les frais du rapport médical du 1^{er} mars 2023 du Dr D._____ à hauteur de 6'300 fr. (six mille trois cents francs).

- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour le recourant),
- 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 :