

## VD\_FINDINFO AI 198/22 - 139/2023 vom 24. Mai 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-05-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_198\\_22\\_-\\_139\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_198_22_-_139_2023)

FR: VD\_FINDINFO AI 198/22 - 139/2023 du 24 mai 2023

IT: VD\_FINDINFO AI 198/22 - 139/2023 del 24 maggio 2023

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, MOTIF DE RÉVISION, NOUVELLE DEMANDE, DÉCISION DE RENVOI, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 17 al. 1 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.05.2023 AI 198/22 - 139/2023

RENTE D'INVALIDITÉ, MOTIF DE RÉVISION, NOUVELLE DEMANDE, DÉCISION DE RENVOI, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 17 al. 1 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 6 LPGA, 61 let. c LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 198/22 - 139/2023 ZD22.033.021 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 24 mai 2023 \_\_\_\_\_ Composition : M. Piguet, président Mme Pasche, juge, et Mme Rondi, assesseure Greffier : M. Germond \*\*\*\*\* Cause

pendante entre : Z. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

\_\_\_\_\_ Art. 6 s., 17, 43 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 87 al. 2 – 3 RAI E n f a i t : A. Z. \_\_\_\_\_, né en [...], est titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de gestionnaire en commerce de détail. Il a travaillé d'août 2007 à septembre 2012 comme « apprenti / conseiller de vente » auprès de la société H. \_\_\_\_\_ SA. Le 10 août 2012, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Par décision du 18 décembre 2012, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations au motif de l'absence d'atteinte à la santé incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Cette décision n'a pas été contestée. B. Le 18 février 2019, Z. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant valoir des cervico-brachialgies avec atteintes cervicales arthrosiques dégénératives significatives et impact sur son état psychique (dépression), de très fortes douleurs au bras gauche (depuis 2008) et à la nuque ainsi qu'une vision floue à gauche. Après être entré en matière sur cette nouvelle demande, l'OAI a reçu le 11 mars 2019 un rapport de la Dre W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, posant les diagnostics de névralgies d'Arnold invalidantes, de douleurs neuropathiques du bras gauche et d'état anxiodépressif important. Ce médecin a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré avec des difficultés (lâchages) depuis 2008 et une nette péjoration progressive depuis 2016. Le pronostic était mauvais et le suivi de l'assuré devait se poursuivre. Dans un rapport du 15 mars 2019, la Dre W. \_\_\_\_\_ a ajouté le diagnostic incapacitant de fracture de Weber droite en

novembre 2018 et confirmé l'incapacité de travail totale de l'assuré en toute activité. Une amélioration du tableau clinique était attendue en cours d'année pour l'état dépressif et il convenait de voir quelles seraient les perspectives d'amélioration du status douloureux. Dans un rapport du 20 mars 2019, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, lequel suivait l'assuré depuis le 25 juillet 2018, a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1 ; depuis 2018), et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 ; depuis 2018). Sans se prononcer sur la capacité de travail de son patient, ce médecin a réservé son pronostic pour une reprise d'activité à plein temps, même dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles retenues. Dans un rapport du 3 décembre 2019, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a fait part d'antécédents chirurgicaux du coude gauche avec une symptomatologie douloureuse à nouveau très marquée à ce niveau, indiquant qu'une symptomatologie de névralgie d'Arnold était prise en charge par le Prof. M. \_\_\_\_\_ qui avait procédé à une infiltration de Cortisone dépôt au niveau de C2-C3 gauche. Dans un rapport du 5 janvier 2020, le Dr L. \_\_\_\_\_ a confirmé ses précédents diagnostics avec un pronostic toujours réservé étant donné l'état de santé stationnaire de l'assuré depuis son précédent rapport de mars 2019. Le traitement alliait une psychothérapie hebdomadaire, un suivi psychiatrique mensuel et la prise de Trittico® 250 mg par jour. Dans un rapport du 9 juin 2020, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a posé les diagnostics incapacitants de syndrome cervico-brachial gauche, de névralgie d'Arnold gauche et de névralgie radiale gauche. Mentionnant un pronostic défavorable, il a estimé la capacité de travail de l'assuré comme nulle en toute activité en raison des douleurs et de l'incapacité fonctionnelle. Dans l'accomplissement des tâches ménagères, ce médecin a noté une limitation de l'assuré de 50 %. Dans un rapport du 5 mars 2021, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, lequel suivait l'assuré tous les trois mois depuis le 27 mai 2019, a posé les diagnostics incapacitants de syndrome douloureux du membre supérieur gauche chronique étendu (depuis 2008) et de troubles cognitifs (en investigation depuis 2020). Ce médecin a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré en toute activité en raison des douleurs du membre supérieur gauche et de l'aspect psychique du cas. L'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au D. \_\_\_\_\_ (ci-après : le D. \_\_\_\_\_), à [...]. Dans leur rapport du 7 juillet 2021, les Drs Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, E. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et A. \_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP, ont retenu les diagnostics, ayant ou non une incidence sur la capacité de travail, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), dysthymie (F34.1), status post-chirurgies itératives des nerfs périphériques au membre supérieur gauche, status post-pose d'un neurostimulateur débranché depuis, troubles statiques du rachis cervical, dorsal, lombaire, probablement d'origine antalgique et status post-pneumothorax gauche opéré par thoracoscopie en 2008. En présence d'un assuré très fixé sur son syndrome douloureux, très plaintif, très focalisé sur ses douleurs, et très peu examinable lors du volet neurologique de l'expertise au vu de l'incapacité de mobiliser ses ressources cognitives (avec de nombreuses incohérences et signes d'exagération sur les plans physique, neurologique, neuropsychologique et dans les tests) et en l'absence de limitations fonctionnelles, les experts ont, de manière consensuelle, estimé la capacité de travail de l'assuré à 100 % dans toute activité, dont celle habituelle déjà adaptée, depuis toujours. Le 1<sup>er</sup> septembre 2021 l'expert psychiatre du D. \_\_\_\_\_ a établi un complément d'expertise à la demande de l'OAI dont il ressort ce qui suit : Merci d'étayer

les ressources (internes et externes), ainsi que les capacités de l'assuré selon mini CIF APP (sur une échelle de 0-4 dans 13 domaines prédéfinis). Selon l'expert neuropsychologue les troubles cognitifs constatés lors de l'examen sont observés dans un contexte d'exagération de symptômes manifeste, il est donc impossible de retenir un diagnostic neuropsychologique. Pour certains items nous ne pouvons nous baser que sur les dires de l'expertisé, ce qui dans le contexte d'exagération de symptômes, au niveau neuropsychologique et somatique, rend ces réponses peu exploitables. Pour répondre au Mini CIF-APP nous nous basons sur la description des activités quotidiennes de l'expertisé et sur nos consta[ta]tions à l'examen psychiatrique (pour le détail, prière de vous référer à l'expertise).

1. Adaptation aux règles et routines : 0
2. Planification et structuration des tâches : probablement 0
3. Flexibilité et adaptabilité : probablement 1
4. Mise en pratique des compétences et des connaissances professionnelles : impossible de répondre car ne travaille plus depuis 2012.
5. Capacité à porter des jugements et à prendre des décisions : 0
6. Activités spontanées et proactivité : anamnesticquement 2
7. Capacité d'endurance et de résistance : anamnesticquement 3, mais l'expertisé a pu rester concentré durant la durée de notre entretien.
8. Capacité d'affirmation de soi : 0
9. Capacité de contact et de conversation avec des tiers : 0
10. Capacité d'intégration dans un groupe : probablement 0
11. Capacité aux relations privilégiées à deux : 0
12. Capacité à prendre soin de soi et à se prendre en charge : 0
13. Mobilité et capacité de déplacement : 0

Après avoir soumis l'expertise et son complément au SMR ([Service médical régional de l'assurance-invalidité] avis du 22 septembre 2021), l'OAI a, par projet du 24 septembre 2021, informé l'assuré qu'il entendait rejeter sa demande de rente au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité et que ses ennuis n'entravaient pas l'exercice d'une activité professionnelle. L'octroi de mesures professionnelles était également refusé à l'assuré. A l'appui de ses objections des 11 octobre, 12 novembre et 17 décembre 2021, l'assuré, par son conseil Me David Métille, a produit les pièces médicales suivantes : - un rapport du 22 octobre 2021, dans lequel le Dr M. \_\_\_\_\_ a indiqué que les seules anomalies organiques potentielles chez l'assuré étaient, à son avis, les troubles statiques de la colonne cervicale avec de façon épisodique un syndrome radiculaire C6 et un certain délabrement du membre supérieur gauche sur le plan morphologique lié aux interventions multiples notamment. De l'avis de ce médecin, ces seules anomalies ne pouvaient être reconnues comme responsables d'un impact significatif sur la capacité de travail à ce stade. En revanche, le syndrome douloureux avec ses conséquences fonctionnelles était incompatible avec une reprise d'activité professionnelle ; - un rapport du 16 novembre 2021, aux termes duquel le Dr L. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, psychologue, du Centre de psychiatrie et psychothérapie du [...], ont répondu comme suit aux questions de l'avocat : 1. De manière générale, est-ce que vous êtes en mesure de vous rallier aux diagnostics et à l'appréciation de la capacité de travail du patient dans le cadre de son ancienne activité professionnelle de gestionnaire de vente au détail, respectivement dans une acti[v]ité adaptée, selon les motifs exposés par l'expert Q. \_\_\_\_\_ selon son rapport d'expertise du 7 juillet 2021 ? Dans la négative pour quels motifs ? Non, contrairement à ce qui est décrit dans la CIM, le sujet ne présente jamais de période de répit. Il n'est pas capable de faire face aux exigences élémentaires du quotidien, il néglige son appartement, a cumulé des dettes, peine à se faire à manger et est restreint dans sa capacité à subvenir à ses besoins. M. Z. \_\_\_\_\_ souffre de difficultés de concentration et sa vigilance est abaissée. Par ailleurs, il présente une fatigabilité importante en raison d'un sommeil altéré qui accentue probablement ses problèmes. Il est difficilement mobilisable psychiquement. Lors des

séances, Monsieur Z.\_\_\_\_\_ peine à se saisir de nos interventions, lors d'un résumé ou d'une mise en lien d'éléments apporté[s] par lui-même, il devi[e]nt momentanément confus : « sa tête se brouille ». Aussi, la perspective de travailler comme gestionnaire de vente semble compromise, tant par les compétences relationnelles requises, la concentration et la mobilisation physique que cela nécessite.

2. Pour votre part, quels sont les diagnostics relevant de la sphère psychique du patient que vous êtes en mesure de retenir ? Quels sont les critères médicaux susceptibles d'étayer les diagnostics par vos soins ? Les mêmes que précités : F33.11 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen : le patient présente des idéations suicidaires non scénarisées, une dévalorisation totale de lui-même, un sentiment permanent d'insuffisance, un retrait social, une attitude d'extrême pessimisme face à l'avenir et une perte d'espoir intense dans un contexte psychosocial précaire.

F48.5 Syndrome douloureux somatoforme persistant.

3. Quels sont les symptômes présentés par le patient en vue de retenir le/s diagnostic/s posés ? Est-ce que vous êtes en mesure de vous rallier à l'appréciation du symptôme retenu[e] par l'expert Q. \_\_\_\_\_ selon son rapport d'expertise du 7 juillet 2021 et exposés ci-dessus ? Dans la négative pour quels motifs ? Perte d'espoir, anhédonie, aboulie, asthénie, insomnie.

4. Est-ce que le patient présente des ressources suffisantes sur un plan psychologique pour lui permettre de surmonter ses difficultés actuelles sur un plan psychiatrique ? Dans la négative pour quels motifs ? Il s'agit d'un patient très passif face à sa souffrance qui épuise toutes ses ressources pour se rendre à ses rendez-vous médicaux en espérant trouver des solutions auprès du corps médical. Outre les diagnostics susmentionnés, Monsieur Z.\_\_\_\_\_ présente des traits de personnalité provoquant une honte et une tendance au repli social, ce qui représente un obstacle conséquent à la mobilisation de ses ressources pour faire face à ses difficultés. Nous travaillons également sur ces points en psychothérapie.

5. Quelle est la capacité de travail du patient dans le cadre d'une activité adaptée, compte tenu de l'ensemble des diagnostics affectant sa sphère psychique ? Prière de bien vouloir décrire le profil de l'activité professionnelle adaptée sur un plan psychique avec les limitations sur un plan fonctionnel. Aucun dans l'état actuel. Toute activité professionnelle semble inaccessible pour le moment au vu de son état.

6. Quelle a été, selon les éléments en votre possession, l'évolution de la capacité de travail depuis l'apparition des symptômes affectant la sphère psychique du patient depuis 2018/2019 à ce jour ? Elle est restée équivalente par la stagnation de la symptomatologie.

7. Quelle pourrait être l'évolution prévisible des troubles affectant la sphère psychique du patient et leur influence sur la capacité de travail ? Nous constatons une chronicisation et péjoration de ses symptômes marqués par une impulsivité, un repli sur soi, des idéations suicidaires qui nous rendent pessimistes face à une évolution favorable de son état. Il s'agit d'un patient dont le risque suicidaire est élevé de par l'historique familial et de par la chronicité de ses symptômes. Monsieur Z.\_\_\_\_\_ risque une décompensation psychiatrique plus importante.

8. Est-ce que le patient serait en mesure de faire face aux exigences d'un emploi sur le marché équilibré du travail, même dans le cadre d'une activité exercée à temps partiel, compte tenu des diagnostics à caractère psychiatrique retenus ? Dans l'affirmative, à quelles conditions ? Dans la négative, pour quels motifs ? A condition d'un amendement de son syndrome douloureux et d'une amélioration de la symptomatologie dépressive, il serait envisageable de reprendre une activité à temps partiel dans son activité habituelle. Toutefois, le pronostic nous paraît extrêmement réservé pour les éléments précités.

9. Quels pourraient être les effets de la médication prescrite au patient sur le plan de son taux de capacité de travail ? Tous les médicaments antidépresseurs et anxiolytiques prescrits par nos soins n'ont apporté aucune

amélioration significative jusqu'ici sur son état dépressif. [...] ; - un rapport du 13 décembre 2021, dans lequel la Dre W. \_\_\_\_\_ a fait part de son désaccord avec l'évaluation des experts du D. \_\_\_\_\_. Cette médecin estimait qu'au vu de l'évolution prévisible des troubles liés aux névromes, sous la forme d'une persistance des crises douloureuses avec des incapacités de travail de durées indéterminées et sur lesquelles les médicaments n'avaient pas d'influence, seule une intervention pourrait éventuellement permettre à l'assuré de récupérer sa pleine capacité de travail ; selon le document joint au rapport, une consultation était prévue le 24 janvier 2022 auprès du Prof. C. \_\_\_\_\_ du CHUV. Le 1<sup>er</sup> février 2022, l'assuré a informé l'OAI d'investigations en cours auprès du Prof. C. \_\_\_\_\_ et de la Dre O. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, médecin auprès de l'Inselspital à Berne. Aux termes d'un rapport « audition » du 6 avril 2022, le SMR a, par la voix de la Dre I. \_\_\_\_\_, estimé que si les rapports invoqués par l'assuré à l'appui de sa contestation du projet de décision du 24 septembre 2021 n'apportaient pas de nouvel élément objectif susceptible de modifier sa position, il convenait toutefois de poursuivre l'instruction du cas auprès des Drs C. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ compte tenu des investigations menées. Dans un rapport du 5 avril 2022, la Dre O. \_\_\_\_\_, assistée par la Dre X. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic principal de syndrome douloureux chronique hémicorporel gauche (surcharge neurologique fonctionnelle sous forme d'un hémisyndrome sensitivomoteur gauche, status post plusieurs neurolyses et excision de névromes au membre supérieur gauche entre 2008 et 2021, status post plusieurs infiltrations périurales cervicales et radiofréquences ainsi que bloc du nerf occipital, pose d'un stimulateur médullaire en 2010) et le diagnostic secondaire de pneumothorax spontané gauche en 2008. La Dre O. \_\_\_\_\_ était favorable à un séjour de réhabilitation dans une clinique psychosomatique avec une prise en charge multimodale de l'assuré évitant des nouveaux gestes invasifs. Indiquant qu'une modification de l'état de santé de son patient lui semblait irréaliste dans un proche avenir au vu de l'évolution chronique sur quatorze ans, cette médecin était d'avis que l'évaluation d'une rente AI se justifiait. Dans un rapport du 7 avril 2022, le Dr M. \_\_\_\_\_, suivant l'avis de la Dre O. \_\_\_\_\_, a informé avoir opté prochainement pour une neurolyse sans lésion nerveuse auprès du Dr K. \_\_\_\_\_ et pour l'absence d'autres traitements « invasifs » les mois suivants. La suite de la prise en charge de l'assuré devait être focalisée sur la rééducation et quelques adaptations médicamenteuses éventuelles. Le 2 mai 2022, le Prof. C. \_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'il avait vu l'assuré en consultation qu'à une seule reprise et sans traitement instauré pour la suite. Il était ainsi dans l'impossibilité de répondre au questionnaire adressé dans l'intervalle. Après avoir recueilli les déterminations du SMR (avis des 16 mai et 28 juin 2022), l'OAI a, par décision du 28 juin 2022, rejeté la demande de prestations de l'assuré pour des motifs identiques à ceux exposés dans son projet du 24 septembre 2021. C. a) Par acte du 17 août 2022, Z. \_\_\_\_\_, toujours représenté par Me Métille, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision rendue le 28 juin 2022 par l'OAI, concluant principalement à la réforme de la décision précitée en ce sens qu'il a droit à une rente entière « compte tenu d'un taux d'invalidité de 100 % » depuis le 1<sup>er</sup> août 2018 et, subsidiairement, à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrie, neurologie et neuropsychologie) par le tribunal « aux fins d'établir les diagnostics avec influence sur le taux de capacité de travail », respectivement au renvoi de la cause à l'OAI « aux fins que celui-ci procède lui-même à une telle expertise ». En substance, l'assuré reprochait à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise D. \_\_\_\_\_. Il opposait les rapports des médecins traitants et requérait la mise en œuvre

d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire de rang universitaire (« à savoir la PMU, voire les HUG ou encore l'Inselspital, à Berne »). b) Dans sa réponse du 15 septembre 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant de l'expertise D. \_\_\_\_\_, estimant que les critiques de l'assuré n'étaient pas de nature à modifier sa position. c) Dans le cadre de sa réplique du 11 octobre 2022, l'assuré a, sur la base de l'avis divergent de son psychiatre traitant, insisté sur les lacunes du volet psychiatrique de l'expertise D. \_\_\_\_\_ et s'est dit troublé par l'absence d'investigations fouillées des experts somaticiens en lien avec les limitations fonctionnelles touchant son bras gauche. Au vu de l'importante divergence diagnostique et de la répercussion sur sa capacité résiduelle de travail, l'assuré déplorait l'absence de renseignements pris par les experts du D. \_\_\_\_\_ auprès de ses médecins traitants spécialistes, se référant sur ce point aux exigences énoncées notamment dans les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, édictées par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie. d) Par duplique du 24 octobre 2022, l'OAI a maintenu sa position. 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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) 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) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le taux d'invalidité à la base de cette prestation. b) 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 ont été modifiés avec effet au 1 er janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale pour les demandes de révision concernant les assurés âgés de moins de 55 ans au 1 er janvier 2022, 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). La date de l'éventuelle modification déterminante est arrêtée en fonction de l'art. 88a RAI. Si cette date est antérieure au 1 er janvier 2022, l'ancien droit reste applicable. Si cette date est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (TF 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). En l'occurrence, la décision litigieuse rendue le 28 juin 2022 fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée en février 2019 en raison de problèmes physiques et psychiques avec une incapacité de travail remontant à 2016 environ. La Cour de céans doit par conséquent appliquer les règles en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 et ne pas prendre en considération le nouveau droit. 3. 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) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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). 4. 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, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition,

quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1). 5. En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si l'état de santé du recourant s'est péjoré, dans une mesure susceptible de modifier l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative depuis la précédente décision au fond, datée du 18 décembre 2012, par laquelle l'office intimé avait nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité. a) L'office intimé s'était basé à l'époque sur un avis du 7 novembre 2012 du Dr G. \_\_\_\_\_, du SMR, lequel avait constaté l'absence d'incapacité de travail attestée alors que l'ex-employeur ne mentionnait pas les raisons du licenciement. En l'absence de renseignements médicaux au dossier malgré la pose d'un stimulateur médullaire et en présence d'un assuré qui s'estimait apte à travailler et ne souhaitait pas l'intervention de l'OAI, le médecin-conseil avait fait part de son étonnement en lien avec le dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité. b) Se fondant sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 7 juillet 2021 du D. \_\_\_\_\_ et son complément du 1<sup>er</sup> septembre 2021, l'office intimé a estimé que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité depuis toujours en l'absence de limitations fonctionnelles durables retenues par les experts. aa) Sur le plan somatique, les différents spécialistes consultés (à savoir les Drs E. \_\_\_\_\_, M. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_) sont unanimes à retenir que les seules anomalies cliniques potentielles

présentées par le recourant sont constituées par des troubles statiques de la colonne cervicale (avec, de façon épisodique, un syndrome radiculaire C6 et un certain délabrement du membre supérieur gauche sur le plan morphologique lié aux différentes interventions subies par le recourant), anomalies qui ne peuvent être reconnues comme responsables d'un impact significatif sur la capacité de travail. Toutefois, le corps médical se rejoint pour retenir que le recourant présente un syndrome douloureux chronique avec des manifestations fonctionnelles extrêmement marquées revêtant la forme d'un hémi-syndrome sensitivomoteur gauche avec multiples signes cliniques positifs qui, aux yeux des Drs M. \_\_\_\_\_ (rapport du 22 octobre 2021) et O. \_\_\_\_\_ (rapport du 5 avril 2022), n'est actuellement pas compatible avec une reprise d'activité professionnelle. bb) Sur le plan psychiatrique, il existe des divergences de point de vue, autant sur le plan diagnostic que sur le plan de l'impact des atteintes à la santé psychique sur la capacité de travail, entre l'expert Q. \_\_\_\_\_ et le Dr L. \_\_\_\_\_, même si ces deux médecins se rejoignent quant au fait que le recourant présente principalement un syndrome douloureux somatoforme persistant. En tout état de cause, il convient de mettre en évidence que le recourant présente un état douloureux chronique, sans anomalie ostéoarticulaire ou neurologique susceptible d'expliquer l'intensité des plaintes ou d'évoquer une maladie spécifique. En pareil cas, il se justifie d'apprécier la situation du recourant à l'aune des indicateurs jurisprudentiels établis en matière de troubles sans substrat organique (cf. ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281). aaa) Dans ce contexte, il appartient aux médecins d'évaluer l'état de santé d'une personne assurée (c'est-à-dire, de procéder aux constatations nécessaires en effectuant des examens médicaux appropriés, de tenir compte des plaintes de l'intéressé et de poser les diagnostics). En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins. Il leur appartient aussi de décrire l'incidence de ou des atteintes à la santé constatées sur la capacité de travail. Leur compétence ne va cependant pas jusqu'à trancher définitivement cette question mais consiste à motiver aussi substantiellement que possible leur point de vue, qui constitue un élément important de l'appréciation juridique visant à évaluer quels travaux sont encore exigibles de l'assuré. Il revient en effet aux organes chargés de l'application du droit (soit à l'administration ou au tribunal en cas de litige) de procéder à l'appréciation définitive de la capacité de travail de l'intéressé (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; TF 9C\_99/2022 du 6 février 2023 consid. 4.2 et 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.1). bbb) Les constatations opérées dans l'expertise pluridisciplinaire apparaissent trop succinctes et contradictoires pour permettre à la Cour de céans de procéder à une analyse circonstanciée des ressources dont dispose le recourant. Les experts retiennent – sans motivation particulière permettant de comprendre les raisons pour lesquelles la symptomatologie n'aurait aucune répercussion sur l'exercice d'une activité lucrative – que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail, alors même qu'ils admettent que les ressources (personnelles et externes) sont plutôt limitées (voir également les explications fournies par le Dr L. \_\_\_\_\_ [rapport du 16 novembre 2021]) malgré un traitement psychiatrique adéquat et que l'environnement social s'est progressivement délité, ce qui laisse un doute – en l'absence d'explications plus détaillées – quant à la capacité du recourant de mobiliser actuellement ses ressources. Il convient de relever que les éléments relatés par l'expert psychiatre, le Dr Q. \_\_\_\_\_, tiennent sur quelques lignes et sont constitués d'une compilation des rubriques basées sur la Mini-CIF APP, reprises pêle-mêle sans aucune analyse concrète et circonstanciée et que la description des ressources dont disposerait le recourant effectuée par ce médecin est extrêmement laconique (« Son réseau social est limité à ses parents et à un ami proche mais qui se montrent particulièrement

soutenants »). L'expert psychiatre a jugé superflu de solliciter des informations complémentaires auprès de tiers. Dans son complément du 1<sup>er</sup> septembre 2021, il indique, dans un contexte d'exagération manifeste observé par l'expert neuropsychologue, se baser uniquement sur les activités quotidiennes du recourant et sur ses constatations cliniques. Or le psychiatre traitant est d'avis pour sa part que le recourant n'est pas capable de faire face aux exigences élémentaires du quotidien et qu'il n'est plus en mesure de travailler comme gestionnaire de vente au vu des compétences relationnelles requises ainsi que la concentration et la mobilisation physique nécessitées (rapport du 16 novembre 2021 du Dr L. \_\_\_\_\_ et la psychologue P. \_\_\_\_\_). ccc) De manière plus générale, il y a lieu de constater que l'expertise, dans son volet psychiatrique, frappe par son manque de substance et de motivation, tant sur le plan diagnostique que du point de vue de ses conclusions. Les experts, tout en retenant un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, semblent fonder leur appréciation de la capacité de travail sur la présence de nombreuses incohérences et signes d'exagération sur les plans physique, neurologique, neuropsychologique et dans les tests, ce qui, sur un plan diagnostique, semble de prime abord contradictoire (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Malgré les incohérences et signes d'exagération relevés, les experts retiennent que le recourant ne majore pas ses plaintes psychiques et que la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes physiques avec une bonne adhérence médicamenteuse. Les experts ne portent par ailleurs aucun regard sur la résistance de la maladie psychique du recourant au traitement intégré (psychothérapie hebdomadaire, suivi psychiatrique mensuel avec la prise de médicaments) introduit depuis plusieurs années (rapports des 20 mars 2019 et 5 janvier 2020 du Dr L. \_\_\_\_\_ ; rapport du 16 novembre 2021 du Dr L. \_\_\_\_\_ et la psychologue P. \_\_\_\_\_ ; rapport du 13 décembre 2021 de la Dre W. \_\_\_\_\_). Enfin, mis à part quelques contacts que le recourant entretient encore avec un ami proche et les membres de sa famille d'origine, les experts n'ont pas fait état d'autres interactions sociales, ce qui va dans le sens d'une incidence des troubles sur la vie sociale du recourant. c) En l'absence d'une appréciation psychiatrique suffisamment motivée pour établir de manière objective si le recourant présente un état douloureux chronique d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part, il s'avère nécessaire de faire compléter l'instruction médicale. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Compte tenu de l'absence d'atteinte objective d'origine somatique et de la prévalence d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique, l'office intimé mettra en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur la demande du recourant. 6. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction 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. 1 bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige. c) Le recourant obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 5 avril 2022 par Me David Métille, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'500 fr., débours et TVA

compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de l'assistance judiciaire, au mandataire du recourant. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 28 juin 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me David Métille (pour Z.\_\_\_\_\_), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.