

VD_FINDINFO AI 52/21 - 202/2022 vom 23. Juni 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-06-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_52_21_-_202_2022

FR: VD_FINDINFO AI 52/21 - 202/2022 du 23 juin 2022

IT: VD_FINDINFO AI 52/21 - 202/2022 del 23 giugno 2022

Regeste

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, EXPERTISE MÉDICALE, AFFECTION PSYCHIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE | 28 al. 1 LAI, 43 LAI

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Est en l'espèce litigieux le droit à une rente d'invalidité du recourant.

E. 3

a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 11 janvier 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). b) 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. c) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au

terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 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.

E. 4

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent 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 LPG), 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). d) 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). Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). 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).

E. 5

En l'espèce, il convient d'examiner la valeur probante de l'expertise du 15 juin 2020 du W._____, laquelle fonde la décision dont est recours. a) Dans ce cadre, il doit d'emblée être écarté le reproche de partialité formulé par le recourant à l'encontre du centre d'expertise mandaté. S'agissant de sa critique relative au nombre important de mandats d'expertise confiés au W._____, elle n'est en effet pas pertinente. Il est rappelé à ce propos que le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 et les références ; TF 9C_635/2018 du 5 décembre 2018 consid. 3 ; TF 8C_146/2016 du 9 août 2016 consid. 3.2). De même, le seul fait allégué que le W._____ ait été fondé et soit géré par d'anciens médecins du SMR ne suffit pas à mettre en cause l'indépendance des médecins y travaillant ni à dénier toute valeur probante à leurs expertises. Il ne s'agit pas d'un fait qui mettrait en évidence un lien de subordination entre le centre d'expertises et l'assurance-invalidité (TF 9C_241/2021 du 18 novembre 2021 consid. 6.2). A cet égard, le recourant n'apporte par ailleurs aucun élément concret démontrant que ledit centre se positionnerait systématiquement en faveur des intérêts de l'intimé, respectivement serait dans une situation de dépendance économique face à l'intimé. b) L'intéressé fait également valoir que la durée de l'examen psychiatrique n'aurait pas été de deux heures et demie ou d'une heure et quart, tel que mentionné de manière contradictoire dans l'expertise, mais de 45 minutes seulement, élément qui jetterait le doute sur la valeur probante de l'expertise. Il est toutefois manifeste qu'une simple erreur de plume n'est pas de nature à mettre en cause la validité de l'expertise, d'autant que le recourant n'apporte pas lui-même la preuve de la durée de l'entretien. De surcroît, selon lui, la durée de l'examen psychiatrique serait, quoi qu'il en soit, insuffisante pour apprécier l'existence de troubles de la personnalité et / ou du comportement chez l'adulte (CIM-10 F 60 – F 69), la CIM-10 indiquant que, dans ce domaine, plusieurs entretiens étaient nécessaires pour poser un diagnostic. Or, le recourant perd de vue que la durée de l'examen n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical et ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste à se prononcer sur l'état de santé, notamment psychique, de l'expertisé dans un délai relativement bref. Elle ne peut par ailleurs être comparée à celle des consultations chez un psychiatre traitant, auprès duquel le recourant bénéficiait d'un suivi psychiatrique régulier (TF 9C_684/2020 du 3 février 2021 consid. 5.2 ; TF 9C_542/2020 du 16 décembre 2020 consid. 7.4 ; TF 9C_87/2018 du 5 avril 2018 consid. 3.3).

E. 6

Cela posé, il convient néanmoins de constater qu'en l'occurrence, l'expertise du 15 juin 2020 ne saurait se voir reconnaître force probante. a) S'agissant en premier lieu du volet psychiatrique, l'anamnèse, en particulier familiale et personnelle, est lacunaire, et les plaintes du recourant semblent avoir été minimisées, voire ne pas avoir été prises en compte. L'expertise n'est, par ailleurs, pas clairement structurée et contient des incohérences, s'agissant notamment des limitations fonctionnelles. De même, l'expert psychiatre n'a pas motivé de manière suffisante l'absence de diagnostic psychiatrique,

respectivement n'a pas discuté avec le soin requis des atteintes anxiodépressives du recourant. aa) Dans l'anamnèse familiale et personnelle, l'expert psychiatre a mentionné « des difficultés avec les parents », relevant à juste titre le vraisemblable suicide du père, décrit comme un dictateur peu enclin à délivrer de l'affection, et le traumatisme d'une mère ayant effectué une phlébotomie devant le recourant dans son enfance. Néanmoins, il n'est pas revenu sur les violences infligées par le père, notamment les scènes violentes auxquelles avait assisté le recourant, ou ses questionnements entourant le décès de celui-ci. L'expert n'a également pas évoqué la rupture sentimentale en 2012, suivie de la dissolution difficile du partenariat enregistré, laquelle était survenue peu de temps après le licenciement du poste de trader occupé par le recourant à [...] en 2011. Ces éléments étaient pourtant décrits par le Dr K. _____, dans son rapport du 23 novembre 2018, et ont été considérés par les Drs H. _____ et B. _____, à teneur de leur rapport du 25 juin 2021, comme ayant contribué à une fragilité psychologique chez le recourant. Ces éléments semblent ainsi, selon toute vraisemblance, avoir eu un impact sur la santé psychique du recourant. bb) S'agissant des troubles anxiodépressifs, si l'expert psychiatre a relevé que le recourant avait été infecté par le VIH en 2014 et que l'état de santé de sa mère s'était péjoré depuis 2017 avec une hospitalisation en EMS en raison d'une démence fronto-temporale, ce spécialiste n'a toutefois pas mentionné les angoisses et l'état dépressif liés à ces événements. Ces éléments ressortaient cependant clairement des rapports des 23 novembre 2018 et 24 juillet 2019 du Dr K. _____, lequel avait souligné que le recourant ressentait de fortes angoisses en lien avec sa maladie somatique et l'état de santé de sa mère, dont la péjoration avait entraîné une majoration de son état anxiodépressif, et connaissait régulièrement d'importants passages dépressifs. Ce psychiatre avait également constaté une crainte – voire une terreur – du recourant à l'idée de perdre son autonomie psychique, de la même manière que sa mère. De surcroît, les Drs H. _____ et B. _____ ont souligné l'importance desdits événement sur l'état thymique du recourant, ceux-ci ayant estimé que si sa fragilité psychologique ne l'avait pas empêché de fonctionner socialement jusqu'en 2013, un tableau clinique de la lignée dépressive était apparu à compter de l'infection au VIH et s'était par la suite compliqué en raison de plusieurs traumatismes majeurs, dont les problèmes de santé de sa mère en 2017. De même, dans le chapitre intitulé « anamnèse psychiatrique systématique », l'expert a nié l'existence de syndrome somatique de la dépression, ayant notamment relevé l'absence de diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables, d'un manque de réactivité à des événements habituellement agréables ou d'une perte d'appétit / de poids marquée (une prise pondérale de 20 kg ayant été mentionnée), étant relevé que ce dernier critère ne semble toutefois pas pertinent dans le cas d'espèce, le recourant bénéficiant d'un traitement trithérapique, dont la prise de poids était un effet secondaire reconnu (cf. rapport du 27 octobre 2020 de la Dre T. _____). L'expert a également indiqué qu'un épisode dépressif caractérisé n'était pas retenu au sein de son travail. Il y a lieu de constater qu'au sein dudit chapitre – lequel est supposé correspondre aux données subjectives de l'expertisé –, l'expert n'a, d'une part, pas clairement distingué entre les indications subjectives fournies par le recourant et ses propres constatations objectives. D'autre part, l'expert a directement tiré des conclusions quant à un éventuel état dépressif, affirmant qu'un épisode dépressif caractérisé n'était pas retenu au sein de son travail, sans toutefois motiver ou étayer sa prise de position. De surcroît, il semble exister une incohérence entre les explications de la neuropsychologue, laquelle relevait, dans son rapport du 8 juin 2020, un score significatif à un questionnaire auto-évaluatif de dépistage de la symptomatologie anxiodépressive, et les indications de

l'expert, desquelles il ne ressort pas un tel niveau de plaintes concernant les troubles de la lignée anxiodépressive. De même, les constatations de l'expert diffèrent sensiblement de celles du Dr K. _____, dans son rapport du 23 novembre 2018, et de celles des Drs H. _____ et B. _____, lesquels mentionnaient, dans leurs rapports des 25 juin et 3 novembre 2021, un tableau clinique de la lignée dépressive avec une thymie abaissée, une perte de l'élan vital, une aboulie, des troubles du sommeil et une perte de plaisir dans les activités habituelles. Finalement, l'expert n'a pas sérieusement discuté les différents diagnostics envisageables de la lignée anxiodépressive, notamment celui de trouble anxieux et dépressif mixte posé par le Dr K. _____ dans son rapport du 23 novembre 2018. Il s'est en effet contenté de relever qu'il n'existait pas d'infléchissement thymique (sévère) chez le recourant, lequel procédait à une modulation affective efficiente, ni d'anxiété paroxystique, telle que potentiellement présente au sein d'attaques de panique. Lesdites conclusions, peu développées, associées à l'absence de mention des angoisses et de l'état dépressif liés à certains événements marquants de la vie du recourant, ainsi qu'aux constatations peu motivées sur l'absence d'un épisode dépressif caractérisé, laissent ainsi planer le doute sur leur validité. Par ailleurs, depuis l'expertise, les psychiatres traitants ont confirmé un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et estimé que les atteintes dépressives avaient une influence sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant (cf. rapports du 2 septembre 2020 du Dr K. _____, du 25 juin 2021 des Drs H. _____ et B. _____ et du 3 novembre 2021 du Dr B. _____). cc) Enfin, dans le paragraphe dédié aux ressources du recourant, l'expert psychiatre a mentionné que la capacité d'endurance était amoindrie au motif d'une asthénie. Dans ces circonstances, il paraît contradictoire que l'expert n'ait fait état d'aucune limitation fonctionnelle, respectivement n'ait pas discuté de cet élément en lien avec la capacité de travail du recourant, une endurance réduite pouvant potentiellement justifier une diminution de rendement. A cet égard, le fait que la neuropsychologue ait mentionné, dans son rapport du 8 juin 2020, que les troubles du sommeil décrits, soit une fatigue et des insomnies, étaient susceptibles de s'améliorer grâce à une meilleure hygiène de sommeil n'est pas relevant. En effet, les experts n'ont pas déterminé la cause de ladite fatigue, ce qu'a d'ailleurs confirmé la Dre Z. _____ dans son avis SMR du 26 octobre 2020. Son amendement par une meilleure hygiène de sommeil ne saurait ainsi être présumée, en particulier s'agissant d'un recourant, d'une part, soumis à une trithérapie, dont l'état de fatigue récurrent est un symptôme secondaire reconnu pouvant avoir des conséquences sur la capacité de travail (cf. rapport du 27 octobre 2020 de la Dre T. _____), et, d'autre part, susceptible d'être atteint d'un trouble de la lignée dépressive, dont la fatigue est également un symptôme connu. b) S'agissant en second lieu du volet somatique, l'experte en médecine interne n'a pas soigneusement examiné et discuté les troubles du sommeil du recourant évoqués par le Dr K. _____ (notamment l'insomnie et les crises de somnambulisme ; cf. rapports des 23 novembre 2018, 24 juillet 2019 et 4 septembre 2020), ni les effets secondaires induits par le traitement trithérapique, ce qui correspond pourtant à la plainte principale du recourant, respectivement déterminé leurs impacts sur la capacité de travail du recourant. En effet, cette experte a indiqué que le recourant se plaignait, en sus des troubles neuropsychologiques examinés séparément par A. _____, d'une fatigue, de somnambulisme, de troubles du sommeil, d'un mal être, d'une perte de musculature, d'une prise de poids, d'éruptions cutanées périodiques, de palpitations après la prise du Triumeq, d'un transit irrégulier avec des constipations et de céphalées par phases. Elle s'est toutefois limitée à renvoyer à l'avis des infectiologues – ce par quoi il faut comprendre le rapport du

4 mai 2018 de la Dre T. _____ –, relevant que ceux-ci n'avaient pas évoqué les troubles subjectifs imputés au traitement antirétroviral pour justifier une incapacité de travail. Or, dans le rapport susdit, la Dre T. _____ s'était abstenue de se prononcer sur la capacité de travail du recourant. En effet, si elle faisait bien état des plaintes du recourant (fatigue, moral bas, troubles neuropsychologiques), elle indiquait que la capacité de travail dépendrait de l'évolution des troubles neuropsychologiques, lesquels étaient en cours d'investigation, et de la possibilité d'en traiter la cause, le pronostic restant toutefois moyen. Quant aux limitations fonctionnelles, elle mentionnait expressément ne pas être en mesure de se déterminer. Par conséquent, l'experte en médecine interne ne pouvait parvenir à la conclusion susmentionnée et il ne saurait être considéré que les effets de la trithérapie aient été sérieusement examinés. c) Il découle de ce qui précède que l'intimé ne pouvait fonder sa décision de refus de rente sur l'expertise du 15 juin 2020 du W. _____.

E. 7

A ce stade, les pièces médicales au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de se prononcer sur la capacité de travail du recourant et, partant, sur son taux d'invalidité. En effet, sur le plan somatique, la Dre T. _____, dans ses rapports des 18 juin et 27 octobre 2020, ne s'est pas déterminée sur ces questions. De même, elle s'est principalement faite l'écho des plaintes rapportées par le recourant, tout en constatant une obésité, un status physique sans particularité et un bilan biologique dans les normes. Sur le plan psychiatrique, les différents médecins traitants sont arrivés à des conclusions différentes quant à l'incapacité de travail du recourant dans une activité adaptée, estimée, d'une part, à 100 % par le Dr K. _____, dans ses rapports des 23 novembre 2018, 24 juillet 2019 et 2 septembre 2020 – étant constaté que ce psychiatre a essentiellement rapporté l'appréciation du recourant – et, d'autre part, à 50 % par les Drs H. _____ et B. _____, à teneur de leurs rapports des 25 juin et 3 novembre 2021. Du reste, certains éléments au dossier appellent des clarifications. En effet, le recourant semble, a priori, avoir conservé certaines ressources, étant le curateur de sa mère et gérant un petit parc immobilier. De même, il n'a jamais été hospitalisé en psychiatrie, ne bénéficiait que d'un léger (voire d'aucun) traitement psychopharmacologique – le Dr K. _____ ayant relevé, dans son rapport du 24 juillet 2019, que le recourant ne prenait qu'une demi-capsule par jour d'antidépresseur tricyclique, refusant une médication plus adaptée – et, au moment de la décision litigieuse, était consulté par sa psychologue deux fois par mois, respectivement par son psychiatre trois fois par année. Par ailleurs, dans son rapport du 27 octobre 2020, la Dre T. _____ a mentionné qu'un changement de trithérapie avait été proposé à plusieurs reprises, le recourant ayant toutefois préféré conserver le traitement actuel – lequel était efficace –, mais qu'une tentative de simplification par une bithérapie était envisagée. Compte tenu de ces éléments, il est dès lors nécessaire d'obtenir une appréciation quant à l'adéquation et à l'évolution des traitements mis en œuvre depuis le dépôt de la demande de prestations, en particulier de la trithérapie, dont les effets secondaires constitueraient, selon le recourant, une des causes principales de ses troubles. Il apparaît également utile, le cas échéant, que soient examinées, dans le cadre d'un concilium entre les spécialistes somaticiens et psychiatres, les superpositions pouvant exister entre lesdits effets secondaires et les symptômes de la lignée dépressive, ceux-ci étant susceptibles de se juxtaposer, afin qu'une appréciation globale de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles du recourant puisse être effectuée.

E. 8

Il ressort ainsi des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin que soit mise en œuvre une expertise pluridisciplinaire, portant sur des volets psychiatrique, de médecine interne générale, en infectiologie et en toxicologie, comprenant également une évaluation des troubles du sommeil par un examen spécialisé, telle qu'une polysomnographie, pour que soient en particulier évaluées la capacité de travail du recourant, ses limitations fonctionnelles, l'adéquation des traitements mis en œuvre et, le cas échéant, les interactions existant entre les atteintes somatiques et psychiatriques.

E. 9

Compte tenu de l'issue du litige et par appréciation anticipée des moyens de preuve (TF 8C_253/2020 du 12 novembre 2020 consid. 3.2 et les références citées), il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, que ce soit par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire ou de débats publics, étant précisé que le recourant requiert en l'occurrence la tenue d'une telle audience dans le but de se faire auditionner à titre de moyen de preuve, celui-ci l'ayant justifiée par la nécessité que la Cour de céans « se rende compte de l'importance de ses atteintes à la santé » (ATF 122 II 464 consid. 4 ; TF 2C_153/2010 du 10 septembre 2010 consid. 3.2 ; Jean Métral, in Dupont / Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n°17 ad art. 61 LPGA).

E. 10

a) En définitive, le recours est admis. Partant, la décision du 11 janvier 2021 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction, puis nouvelle décision dans le sens des considérants. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. c) La partie recourante 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). 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.

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