

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2025 / 92 vom 10. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2025\\_\\_92](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2025__92)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2025 / 92 du 10 avril 2025

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2025 / 92 del 10 aprile 2025

## Regeste

AI{ASSURANCE}, NOUVELLE DEMANDE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

## Erwägungen

### E. 8

a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à

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

## **E. 9**

En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations déposée par le recourant. Il convient par conséquent d'examiner si, entre la dernière décision du 22 mai 2019, entrée en force, et la décision litigieuse du 22 août 2023, l'état de santé du recourant s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité. a) La décision de refus de prestations du 22 mai 2019 s'était principalement fondée sur le rapport d'expertise du 20 décembre 2017 de la Dre E.\_\_\_\_\_, qui concluait à une pleine capacité de travail depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 dans toutes les activités. Par arrêt du 14 juillet 2020 (CASSO AI 247/19 – 256/2020), confirmé par arrêt du 7 septembre 2021 du Tribunal fédéral (9C\_558/2022), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a reconnu une pleine valeur probante à cette expertise, dont les conclusions pouvaient être suivies, et a confirmé la décision du 22 mai 2019. b) Après avoir annoncé une aggravation de son état de santé par courrier du 11 février 2021, le recourant a déposé une troisième demande de prestations le 23 avril 2021 en indiquant une symptomatologie dépressive et une atteinte vertébrale en aggravation depuis mars 2020. Après avoir refusé d'entrer en matière sur cette demande par projet de décision du 10 janvier 2022, l'intimé a ensuite admis une aggravation de l'état de santé du recourant (cf. avis SMR du 1<sup>er</sup> avril 2022). Dans le cadre de l'instruction, il a réceptionné plusieurs rapports des médecins traitants du recourant et a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire comprenant un volet rhumatologique et un volet psychiatrique (cf. avis du 15 septembre 2022). Il a confié la réalisation d'une expertise à I.\_\_\_\_\_ afin d'élucider la capacité de travail exigible. Dans le rapport du 5 décembre 2022, le Dr S.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité de travail de 100 %, avec 10 % de baisse de rendement, dans une activité adaptée. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a, quant à lui, conclu à une capacité de travail totale dans toutes les activités. Si l'intimé s'est fondé sur cette expertise, complétée le 2 mai 2023, pour rendre la décision litigieuse, le recourant a, pour sa part, remis en cause la valeur probante de ces rapports et, en particulier, le volet psychiatrique. aa) Sur le plan somatique, le Dr S.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec influence sur la capacité de travail, d'arthropathie inflammatoire, de spondylo-discarthrose étagée lombaire, de sténose foraminale, d'arthropathie postérieure, de remaniement dégénératif de l'articulation sacro-iliaque, de perte de lordose physiologique, de déconditionnement global et de syndrome lombo-vertébral avec déconditionnement global. Il a également retenu les diagnostics, sans incidence sur la capacité de travail, de status post fracture et de HTA stabilisée sous Exforge. Ces diagnostics ne sont pas nouveaux, le recourant connaissant des problèmes de dos depuis de nombreuses années. En effet, en 2015 déjà, le Prof. Q.\_\_\_\_\_ faisait état d'une lombalgie en constante augmentation avec des douleurs irradiant aux membres inférieurs des deux côtés, se référant à une IRM qui mettait en évidence une discopathie pluri-étagée de la colonne lombaire (cf. rapport du 11 août 2015), alors que le Dr F.\_\_\_\_\_ mentionnait des douleurs au dos avec effet sur la

capacité de travail dans son rapport du 28 août 2015. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a, pour sa part, retenu les diagnostics incapacitants de lombalgies chroniques mécaniques avec troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec discopathies à tous les étages lombaires avec perte de hauteur discale, étalement disco-circonférentiel au niveau L3-L4 et L4-L5, modification de type Modic I et Modic II au niveau des étages L3-L4, L4-L5 et L5-S1, probable micro-instabilité segmentaire et déconditionnement physique global et focal (cf. rapport du 11 décembre 2015). Le Dr P. \_\_\_\_\_ a mentionné des lombalgies chroniques sur discopathie multi-étagée (cf. rapports des 5 juillet, 1<sup>er</sup> décembre 2017 et 18 avril 2018) et le Dr M. \_\_\_\_\_ des lombosciatalgies chroniques depuis des années (cf. rapport du 30 avril 2018). Par rapports des 26 juin 2019 et 31 décembre 2020, le Dr L. \_\_\_\_\_ a notamment posé les diagnostics de spondylodiscarthrose pluri-étagée, de sténose foraminale, d'arthropathie postérieure en poussée congestive, de remaniement dégénératif de l'articulation sacro-iliaque droite et de perte de la lordose physiologique. Le recourant a cependant annoncé une aggravation de ses lombosciatiques et cervicoscapulalgies depuis mars 2020 (cf. demande de prestations du 23 avril 2021). Cette aggravation, confirmée par le Dr V. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 9 février 2022, a conduit à une décompression neurochirurgicale le 5 avril 2022. La situation a ensuite évolué favorablement après cette opération (cf. rapport du 7 juillet 2022 du Dr V. \_\_\_\_\_). L'expert a d'ailleurs tenu compte de cette aggravation temporaire, dans la mesure où il a attesté une totale incapacité de travail de février à juin 2022. On notera encore ici que les rapports d'imagerie confirment une amélioration dans la mesure où la sténose canalaire mise en évidence par l'IRM du 7 février 2022 n'était plus présente après l'opération (cf. rapport relatif à une IRM du rachis lombaire du 11 mai 2022). Certes, le recourant s'est encore plaint de lombalgies en position assise après l'opération (cf. rapports des 16 mai et 27 juin 2022 du Dr V. \_\_\_\_\_), sans toutefois que l'on puisse y voir une péjoration de son état, ces plaintes étant déjà existantes avant l'opération. A cet égard, on relèvera que, dans son rapport du 23 avril 2022, le Dr L. \_\_\_\_\_ a, à nouveau, posé les mêmes diagnostics que dans ces deux précédents rapports (cf. rapport du 23 avril 2022), sans faire état d'une quelconque péjoration de l'état de santé du recourant. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu l'absence de port de charges de plus de 10 kg de façon répétée, l'alternance des positions assis/debout, pas de surcharge du rachis avec les mouvements de flexion-extension ou en porte-à-faux et éviter de monter et descendre les échafaudages. Ces limitations rejoignent celles retenues par les Drs L. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ dans leurs rapports des 23 avril et 7 juillet 2022. En définitive, on peut suivre l'expert lorsqu'il retient que la capacité de travail est entière dans l'activité habituelle, avec une baisse de rendement de 10 % (cf. complément d'expertise du 2 mai 2023, réponse à la question 4), hormis pour la période de février à juin 2022 pendant laquelle cette capacité de travail était nulle. bb) Sur le plan psychiatrique, le recourant a émis différentes critiques par rapport à l'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_, relayées notamment par le Dr N. \_\_\_\_\_ dans son courriel du 21 septembre 2023. On commencera par relever que l'examen clinique du Dr H. \_\_\_\_\_ n'a duré qu'une heure lors de l'entretien du 16 novembre 2022, ce qui semble relativement court compte tenu du passé du recourant, qui semble, de plus, avoir besoin de parler et d'être écouté (cf. rapport d'évaluation du 19 juillet 2010). Si le Tribunal fédéral considère, de jurisprudence constante, qu'un entretien de courte durée n'exclut pas une étude fouillée et complète du cas (TF 9C\_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6), tel n'est toutefois pas le cas en l'occurrence, le volet psychiatrique de l'expertise n'apparaissant guère convaincant. En effet, il frappe par le manque

d'informations qu'il contient, notamment le chiffre 3.1 intitulé « indications fournies spontanément par l'assuré dans le cadre d'un entretien ouvert » qui ne contient que trois phrases. Il est en outre étonnant que l'expert n'ait pas mentionné, ni discuté les épisodes dépressifs que le recourant a connus par le passé, notamment en 1994-1996 et entre 2004 et 2008 et le suivi par différents psychiatres au long des années, notamment les Drs [...], [...], [...], [...] et [...] (cf. p. 13 de l'expertise du 20 décembre 2017 de la Dre E. \_\_\_\_\_), puis les Drs J. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des Drs J. \_\_\_\_\_, K. \_\_\_\_\_, E. \_\_\_\_\_, D. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, X. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ des 4 janvier 2011, 10 juin 2015, 20 décembre 2017, 17 juillet 2018, 21 juin 2019, 2 février et 2 juin 2022), alors que le recourant a lui-même indiqué qu'en « 2006-2008, [il] étai[t] un mort-vivant » (cf. p. 50 du rapport d'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_). Il est tout aussi étonnant de constater que l'expert n'a pas pris contact avec le Dr N. \_\_\_\_\_, actuel psychiatre traitant qui suit le recourant depuis le 27 janvier 2020. On relèvera encore que l'expert n'a pas discuté du lien entre le recourant et sa mère, alors que cette relation semblait dysfonctionnelle, comme cela ressort de l'expertise de la Dre E. \_\_\_\_\_ du 20 décembre 2017, qui mentionnait que sa mère était « autonome sur le plan physique mais serait tordue psychologiquement et lorsque l'assuré lui parle il est sens dessus dessous, sa mère étant un élément central de sa problématique » (cf. p. 8 du rapport). Les Dres D. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ont décrit, dans leur rapport du 17 juillet 2018, la relation du recourant avec sa mère comme co■dépendante avec difficulté à couper le cordon ombilical. Enfin, le Dr N. \_\_\_\_\_ a indiqué que le contexte familial pouvait être un obstacle à une réadaptation du fait que le recourant vivait avec sa mère vieillissante et de plus en plus dysfonctionnelle, qu'il perdait beaucoup d'énergie dans cet environnement fantasque et psychotique et qu'il sortait épuisé des discussions avec sa mère. L'expert n'a également pas fait mention de problèmes de sommeil, se limitant à constater que le recourant « se couche » puis se lève vers 7 heures du matin (cf. pp. 52 et 56 du rapport du Dr H. \_\_\_\_\_), alors qu'il ressort du rapport de la Dre E. \_\_\_\_\_ que le recourant se plaignait d'être fatigué dès le réveil, de mal dormir en raison de rêves durant la nuit et de se réveiller déjà anxieux (cf. p. 16 du rapport), que les Dres D. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ont mentionné que le recourant disait souffrir d'une fatigabilité importante et avoir un sommeil non réparateur et que le Dr N. \_\_\_\_\_ a indiqué une importante perturbation du sommeil, notamment à l'endormissement et avec des réveils fréquents (cf. rapports des 2 février et 2 juin 2022). A cet égard, on notera que le recourant est affecté d'un syndrome d'apnées du sommeil de degré léger traité par CPAP et que le Dr G. \_\_\_\_\_ a mentionné que le recourant se plaignait de réveils nocturnes survenant une à trois fois par nuit, avec l'impression d'un sommeil non réparateur (cf. rapports des 6 décembre 2010 et 18 janvier 2012). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a d'ailleurs, dans son rapport du 5 avril 2023, demandé un bilan de sommeil détaillé pour le recourant qui présentait un syndrome d'apnée du sommeil appareillé, mais avec persistance des troubles du sommeil. L'évaluation des capacités et ressources du recourant est également critiquable. L'expert a indiqué que les ressources ont été explorées selon la CIF et a conclu, pour une grande partie des rubriques, à l'absence de problème. Il a ainsi retenu que le recourant disposait de ressources conséquentes, notamment qu'il avait des relations proches, qu'il était capable d'évoluer au sein d'un groupe et qu'il était capable de persévérer suffisamment longtemps et pendant le temps habituellement exigé dans une activité professionnelle ou autre en maintenant un niveau de rendement continu (cf. p. 65 du rapport d'expertise). Or il ressort de l'anamnèse que le recourant n'a pas d'entourage, qu'il évite les endroits où il y a du monde et les magasins, que tout lui apparaî[t] impossible par

rapport au travail, qu'il « n'arrive plus rien à faire », que la moindre tâche tourne en rond dans sa tête, qu'il a effectué les deux premières années d'études en six ans sans jamais les terminer, qu'il ne travaille plus depuis vingt ans et qu'il a des dettes dont le montant est évalué à 40'000 fr. (cf. pp. 50, 52, 54 et 55 du rapport d'expertise). Quant à son réseau relationnel, il était devenu distant, les gens s'éloignant face à la lourdeur de la situation (cf. p. 55 du rapport d'expertise). A cet égard, on notera que l'expert rhumatologique a relevé que le recourant était très peu aidé par son entourage (cf. p. 45 du rapport d'expertise). Cet isolement était déjà mentionné en 2010 (cf. rapport d'évaluation du 19 juillet 2010) et ressort également du rapport du 10 juin 2015 du Dr K. \_\_\_\_\_, qui relevait que le recourant vivait une vie très restreinte, alternant certains contacts amicaux chaleureux mais sporadiques avec d'autres périodes de retrait. On notera encore que les informations figurant dans le volet psychiatrique de l'expertise ne sont pas suffisantes pour se positionner quant à l'ensemble des indicateurs posés par la jurisprudence. En effet, l'examen des indicateurs est trop sommaire, voire inexistant, pour que l'on puisse suivre le raisonnement ayant conduit l'expert à retenir une pleine capacité de travail dans toutes les activités. En particulier, le Dr H. \_\_\_\_\_ n'a pas discuté des éventuels liens entre l'évolution des atteintes somatiques du recourant et celle de son état de santé psychique. Il n'a pas non plus examiné la problématique de la médication, alors même que le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'on ne pouvait attendre davantage d'un traitement psychotrope et que le Dr N. \_\_\_\_\_ se montrait prudent sur le plan médicamenteux (cf. rapports des 21 juin 2019 et 2 juin 2022). Au niveau de la cohérence, l'expert psychiatre a retenu que le tableau clinique n'était pas cohérent et que le volet somatique ne pouvait être retenu comme cohérent et plausible en raison d'une démonstrativité avec histrionisme (p. 63 du rapport d'expertise). Or l'expert rhumatologique a, pour sa part, mentionné que les résultats étaient tout à fait cohérents au vu des résultats de l'examen, qui étaient valides et compréhensibles (cf. p. 45 du rapport d'expertise). Les différents médecins traitants n'ont également pas fait état d'une démonstrativité particulière, mais ont, au contraire, indiqué que le recourant était collaborant et investi dans les tâches (cf. rapports des 10 juin 2015 du Dr K. \_\_\_\_\_ et 22 juin 2023 du Dr B. \_\_\_\_\_). Seule la Dre E. \_\_\_\_\_ avait retenu le diagnostic de simulation consciente au motif notamment que le recourant avait volontairement donné des informations erronées quant à un traitement de stimulation magnétique transcrânienne (cf. p. 21 du rapport du 20 décembre 2017), ce qui s'est révélé être faux (cf. rapports des 24 mai et 22 juin 2018 du Dr J. \_\_\_\_\_). On notera encore que le Dr H. \_\_\_\_\_ n'a pas examiné pour quelles raisons un histrionisme pouvait être retenu. Il n'a pas non plus expliqué pourquoi il ne retenait pas d'atteinte incapacitante alors que l'histrionisme représente pourtant « un trouble de la personnalité au motif psychiatrique » (cf. courriel du 21 septembre 2023 du Dr N. \_\_\_\_\_). A cet égard, il ressort du rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 2 juin 2022 que faisait obstacle à une réadaptation la théâtralité du recourant qui cachait un trouble de l'identité alternant avec une forme d'isolation oppositionnelle. Ce mécanisme de défense inconscient pouvait devenir une limitation fonctionnelle importante car il suscitait l'hostilité et des réactions négatives chez un éventuel employeur ou dans des mesures de réhabilitations, le recourant étant accusé de « mauvaise volonté, de simulation », ce que l'expert n'a pas du tout discuté. Il aurait à tout le moins dû examiner si ces traits de personnalité histrionique pouvaient induire des limitations fonctionnelles du recourant, comme l'avait retenu le Dr N. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 juin 2022. A cet égard, on relèvera que le Dr H. \_\_\_\_\_ ne s'est également pas prononcé sur les nombreuses limitations fonctionnelles retenues par le Dr N. \_\_\_\_\_

dans ce même rapport. Au niveau du diagnostic, le Dr H. \_\_\_\_\_ a posé celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques sans toutefois examiner les différents diagnostics posés par les psychiatres traitants. En effet, le Dr J. \_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 12 novembre 2007, posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de dysthymie (F34.1) et de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31). Il a ensuite posé ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.1) et de traits de la personnalité mixte (cf. rapports des 4 janvier et 15 juillet 2011). Le Dr K. \_\_\_\_\_ a, dans son rapport du 10 juin 2015, retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33) et de trouble de la personnalité mixte (F61). Si la Dre E. \_\_\_\_\_ s'est ralliée à l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_ plutôt qu'à celui du Dr K. \_\_\_\_\_, en ne retenant que des traits de personnalité mixte et non un véritable trouble, ce trouble a ensuite été posé par les Drs D. \_\_\_\_\_, Z. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 17 juillet 2018 et 21 juin 2019). Ces médecins ont également retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), tout comme le Dr N. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 2 février et 2 juin 2022). Or il n'existe pas, dans le rapport d'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_, de discussion étayée des diagnostics retenus par les différents médecins, ce qui jette un discrédit important quant à son appréciation diagnostique. A cet égard, on remarquera que ce médecin n'a pas examiné la question d'un éventuel trouble bipolaire soulevée par le Dr N. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 2 juin 2022 et mentionnée par la Dre W. \_\_\_\_\_ dans son avis du 27 juin 2022. L'expert ne s'est pas non plus prononcé sur l'évolution du trouble dépressif du recourant, qui, de moyen/sévère entre 2004 et fin 2008 (cf. rapport de la Dre E. \_\_\_\_\_ du 20 décembre 2017) est passé à léger en 2011 (cf. rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ des 4 janvier et 15 juillet 2011), suivi d'une rémission en 2018 et 2019 (cf. rapports des Dres D. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ du 17 juillet 2018 et du Dr X. \_\_\_\_\_ du 21 juin 2019) pour revenir à un épisode moyen en 2022 (cf. rapports du Dr N. \_\_\_\_\_ des 2 février et 2 juin 2022). cc) Dans son avis du 16 janvier 2023, le SMR a estimé que l'expertise du 5 décembre 2022 présentait des lacunes et certaines contradictions. Il a ainsi noté que la numérotation des chapitres dans les deux expertises spécialisées ne suivait pas fidèlement le canevas transmis, principalement au chapitre 7, éludant par-là certaines questions pourtant essentielles, particulièrement celle relatives à l'analyse approfondie de la cohérence et celle concernant une discussion et une appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier. Le SMR a encore estimé que, sur le plan rhumatologique, les limitations fonctionnelles manquaient de précision et que si l'expert S. \_\_\_\_\_ pensait que le socle organique était cohérent, ce n'était pas le cas de l'expert H. \_\_\_\_\_. Ainsi, les conclusions étaient incohérentes entre elles sans une discussion consensuelle solidement argumentée. Sur le plan psychiatrique, l'expert n'avait pas passé en revue de diagnostics différentiels et ne discutait pas de façon approfondie les divergences entre sa position et celle du psychiatre traitant, ce qui était pourtant essentiel. Le SMR a ainsi soumis un questionnaire complémentaire aux experts qui y ont répondu le 2 mai 2023. Si l'expert rhumatologue a répondu aux questions de manière satisfaisante, précisant notamment les limitations fonctionnelles rhumatologiques retenues, tel n'est pas le cas de l'expert psychiatre. Il n'a en effet pas discuté le fait que l'expert rhumatologue estimait que les plaintes somatiques étaient cohérentes alors que lui-même retenait le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, se limitant à dire qu'il s'agissait d'un diagnostic d'exclusion. Le Dr H. \_\_\_\_\_ n'a ensuite pas donné d'exemples concrets en lien avec l'histrionisme retenu, pas plus qu'il n'a examiné les

différents diagnostics retenus par le psychiatre traitant. A la question de savoir sur quels éléments il s'appuyait pour retenir que le recourant ne souffrait pas d'éventuel trouble de la personnalité, il a répondu que l'anamnèse infanto-juvénile était exempte des éventuels traumatismes recherchés, tels que abus sexuels, maltraitance physique ou carence affective. Or il ne semble pas qu'une telle problématique ait été recherchée dans l'expertise alors même que certains rapports au dossier montrent que l'enfance du recourant n'a pas été exempte de traumatisme. Ainsi, le Dr K. \_\_\_\_\_ a notamment mentionné une anamnèse familiale psychiatrique chargée avec une mère peu adéquate dans l'éducation de son fils unique, une mauvaise entente parentale et une relation fusionnelle avec la mère après le départ du père du domicile familial (cf. rapport du 10 juin 2015). La Dre E. \_\_\_\_\_, pour sa part, a indiqué qu'une partie de la jeunesse du recourant aurait été consacrée à visiter une tante hospitalisée en hôpital psychiatrique et à trouver une solution pour la faire sortir (cf. rapport du 20 décembre 2017). Enfin, les conclusions médico-asséculo-logiques considérées comme peu étayées dans l'avis SMR du 16 janvier 2023 n'ont pas été développées dans le complément d'expertise. Au vu de ce qui précède, on peine à comprendre comment l'intimé a pu se rallier au rapport d'expertise du 5 décembre 2022 et à son complément du 2 mai 2023, le SMR ayant d'ailleurs lui-même reconnu que les conclusions étaient parfois argumentées de façon succincte et que l'expert psychiatre ne s'était pas clairement expliqué à propos de l'histrionisme retenu (cf. avis du 9 mai 2023). dd) En définitive, au vu du manque de consistance du volet psychiatrique de l'expertise et des incohérences que le complément d'expertise n'a pas permis de dissiper, aucune valeur probante ne peut lui être reconnue. Il en ressort que, sur le plan psychiatrique, l'expertise ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur l'évolution, partant l'aggravation, de l'état de santé du recourant. c) On relèvera encore que le dernier médecin ayant examiné le recourant, à savoir le Dr B. \_\_\_\_\_, fait état d'investigations en cours avec un bilan neuropsychologique et une IRM cérébrale (cf. rapport du 13 juin 2023). Même si ce médecin a mentionné que le statut neuropsychologique était globalement normal, cela ne dispensait pas l'intimé d'investiguer davantage le dossier afin de déterminer si de nouveaux éléments étaient en mesure d'objectiver, sur le plan médical, les éventuelles atteintes à la santé dont souffre le recourant.

## **E. 10**

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2 e éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux

solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). d) En l'espèce, il ne pouvait échapper à l'intimé que le rapport d'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ était insuffisant compte tenu de ses lacunes et incohérences pour statuer sur le droit aux prestations du recourant, de sorte que ce document ne pouvait se voir accorder valeur probante. La Cour de céans estimant que l'intimé a failli à son obligation d'élucider les faits à satisfaction, il s'agit dès lors de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction. Après actualisation des pièces médicales, il lui incombera de solliciter une nouvelle expertise psychiatrique du recourant, l'expert psychiatre pouvant s'adjoindre les services d'un neuropsychologue s'il l'estime opportun.

#### **E. 11**

A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale. Au vu du sort du recours, il n'y a pas lieu d'y donner suite. Il a en outre requis la tenue d'une audience publique afin de pouvoir s'exprimer. S'agissant de la tenue de débats publics, il est relevé que, dans le cas où il est saisi d'une telle demande, le juge doit en principe y donner suite. Il peut cependant s'en abstenir lorsque la demande est abusive, lorsqu'il apparaît clairement que le recours est infondé, irrecevable ou, au contraire, manifestement bien fondé, ou encore lorsque l'objet du litige porte sur des questions hautement techniques (ATF 136 I 279 consid. 1 ; Jean Métral, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 16 ad art. 61 LPGA). En l'occurrence, vu l'issue du litige, il peut être renoncé à la mise en œuvre de tels débats.

#### **E. 12**

a) En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 22 août 2023 par l'intimé annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe. c) Vu le sort de ses conclusions, le recourant 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 intégralement à la charge de l'intimé. Cette indemnité couvre le montant qui pourrait être alloué, au titre de l'assistance judiciaire, si bien qu'il peut être renoncé à fixer plus précisément le montant de l'indemnité d'office.

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