

# VD\_GERICHTE ZD21.039911 vom 6. September 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-09-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD21.039911](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.039911)

FR: VD\_GERICHTE ZD21.039911 du 6 septembre 2023

IT: VD\_GERICHTE ZD21.039911 del 6 settembre 2023

## Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 350/21 - 240/2023 ZD21.039911 CO UR DE S  
ASSURANCES S OCIALES \_\_\_\_\_

Arrêt du 6 septembre 2023 \_\_\_\_\_ Composition : M. PIGUET,  
président Mme Berberat, juge, et M. Oppikofer, assesseur Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : W. \_\_\_\_\_, à M. \_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Jean-Michel  
Duc, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE  
CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 al. 1  
LPGA ; 4 al. 1, 8 et 28 al. 1 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. a) Entré en Suisse en 2007, W. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le  
recourant), ressortissant français, né en 1979, est au bénéfice d'une autorisation  
d'établissement (permis C). Après avoir essentiellement travaillé comme serveur et  
sommelier pour le compte de divers employeurs, il a occupé, dès 2010, la fonction d'associé  
gérant d'une société commercialisant des produits naturels, dont la faillite a été prononcée  
le 20 janvier 2012 par décision du Tribunal d'arrondissement de Y. \_\_\_\_\_. Souffrant de  
troubles dorsaux, W. \_\_\_\_\_ a déposé, le 1er décembre 2011, une demande de prestations  
de l'assurance-invalidité. Entre autres mesures d'instruction, l'Office de l'assurance-  
invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a confié la réalisation  
d'une expertise rhumatologique au Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne  
générale et en rhumatologie. Dans son rapport du 10 mars 2014, ce médecin a posé le  
diagnostic – avec effet sur la capacité de travail – de spondylarthrite ankylosante évoluant  
anamnestiquement depuis 2004 et 2005 avec une atteinte dorsale et lombaire. D'après lui, la  
capacité de travail était complète dans la profession de serveur avec une diminution de  
rendement de 25 % en lien avec les douleurs résiduelles ; cette diminution pouvait toutefois  
disparaître rapidement pour peu que l'assuré suive de manière adéquate le traitement  
médicamenteux et les séances de physiothérapie. Par décision du 29 août 2014, l'office AI a  
nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité faute de préjudice économique. b) Le 11  
février 2019, l'assuré a déposé une deuxième demande de prestations de  
l'assurance-invalidité, traitée comme une demande de révision (courrier de l'office AI à  
l'assuré du 14 février 2019). Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande,  
l'office AI a

- 3 - recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assuré.  
Dans un rapport du 6 mai 2019, le Dr R. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint auprès de  
l'Hôpital psychiatrique G. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de  
travail – de trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques et de  
probable trouble schizotypique. D'après ce médecin, la reprise d'une activité  
professionnelle n'était pas envisageable pour l'instant. Toutefois, à condition que l'assuré  
se soumette à un traitement approprié et en fonction des réponses à celui-ci, il n'était pas

exclu qu'il puisse exercer une activité adaptée à ses limitations physiques et psychiques mais à un taux n'excédant pas 80 %. L'anosognosie partielle du patient, son refus de suivre un traitement ainsi que ses difficultés à reconnaître la sévérité de son trouble psychique pouvaient cependant faire obstacle à une réadaptation. Dans un rapport du 4 mai 2020, le Dr K. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint auprès du Service de rhumatologie de l'Hôpital S. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics incapacitants de spondylarthropathie avec manifestation axiale depuis 2010 au minimum, d'épilepsie grand mal en 2008 (deux épisodes) et d'épisode délirant aigu de thématique mystique ayant entraîné une hospitalisation sous contrainte en janvier 2019. S'agissant de la capacité de travail, le pronostic était relativement réservé en raison du caractère très actif de la spondylarthrite présente depuis plusieurs années à laquelle était associée, selon l'expérience des précédents rhumatologues, une prise en charge difficile sur le plan psycho-social. Également interpellé par l'office AI, le Dr T. \_\_\_\_\_, médecin praticien auprès de la Polyclinique B. \_\_\_\_\_, a, dans un rapport du 29 juillet 2020, posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble psychotique chronique productif et de spondylarthrite ankylosante. Ce médecin a estimé que la capacité de travail était nulle en toute activité depuis le mois de janvier 2019, date à laquelle était survenu

- 4 - un épisode psychotique délirant. Selon lui, si le terrain psychiatrique n'était pour l'heure pas décompensé et ne justifiait donc pas une prise en charge de force, il demeurerait cependant particulièrement fragile et exposait le patient à une décompensation psychotique au moindre épisode de stress professionnel. Appelée à se prononcer sur les éléments médicaux au dossier, la Dre F. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a conclu son avis du 12 novembre 2020 en ces termes : Appréciation : Lors de la première demande, aucune atteinte psychiatrique n'était évoquée et l'expert rhumatologue avait noté, dans son expertise du 10 mars 2014, que l'assuré ne semblait pas présenter de pathologie psychiatrique. Or, un diagnostic de trouble schizotypique posé à l'âge de 40 ans, paraît assez étonnant, compte tenu qu'il s'agit d'un trouble de la personnalité normalement présent dès le début de l'âge adulte. C'est pourquoi nous considérons que le diagnostic psychiatrique reste encore ouvert. Si finalement, un diagnostic de trouble schizotypique était confirmé, voire un autre diagnostic de trouble schizophréniforme, il est important de déterminer, tant que possible, à quand remonte cette atteinte. Il s'agit de savoir si elle était présente à l'entrée en Suisse et quelle était la capacité de travail à ce moment. En effet, il faut souligner que les CI montrent des revenus inférieurs à 30'000 CHF entre 2007 et 2010 et suggèrent que l'assuré n'a jamais été capable de maintenir un emploi durablement. Par ailleurs, le potentiel thérapeutique et l'exigibilité des traitements doivent être étudiés chez cet assuré sans prise en charge depuis plus d'une année sur le plan psychiatrique et rhumatologique, alors qu'une évolution favorable de la spondylarthrite avait été obtenue en 2014 sous traitement anti-TNF. Au vu de ce qui précède, nous ne sommes pas en mesure de statuer. Se fondant sur la proposition formulée dans cet avis, l'office AI a confié au Centre d'expertises N. \_\_\_\_\_ à P. \_\_\_\_\_ la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne générale (Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale), rhumatologique (Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie) et

- 5 - psychiatrique (Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport de synthèse du 4 mai 2021 (évaluation consensuelle), les experts ont posé les diagnostics – ayant ou non une incidence sur la capacité de travail – de spondylarthrite

ankylosante HLA-B27 positif, de status après un trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques apparu début janvier 2019, de trouble mixte de la personnalité avec un narcissisme fragile et une tendance abandonnique, de trois pneumothorax spontanés gauches sur probable rupture d'une petite bulle apicale en 1998, 2007 et 2015 et d'hypoacousie bilatérale non appareillée. S'agissant de la capacité de travail, ils ont estimé que, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, elle avait été nulle entre le début du mois de janvier et le mois de mai 2019. Selon ces médecins, cette incapacité de travail – transitoire – était de nature psychiatrique et correspondait à une hospitalisation dans une clinique psychiatrique en France au mois de janvier 2019, laquelle avait abouti à une résolution progressive des symptômes au mois de mai 2019, sans signes psychotiques depuis lors. Il n'y avait ainsi pas d'incapacité de travail durable. Sollicitée pour détermination, la Dre F. \_\_\_\_\_ a, dans un avis médical du 17 mai 2021, déclaré faire sienne l'appréciation expertale. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité de serveur, elle a relevé que le Dr X. \_\_\_\_\_ avait admis une diminution de rendement de 25 % dans une situation qui était comparable à la situation actuelle avec persistance d'une maladie très discrètement active. Dans ce contexte, la capacité de travail de 100 % retenue par le Dr Z. \_\_\_\_\_ dans l'activité habituelle lui semblait correspondre à une appréciation différente d'un même état de fait par rapport à 2014, raison pour laquelle elle retenait une capacité de travail de 75 %. En revanche, dite capacité était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées sur le plan rhumatologique (pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 10 kg) et psychique (tendances abandonniques avec difficultés à gérer les séparations).

- 6 - Par projet de décision du 18 mai 2021, l'office AI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à des prestations de l'assurance- invalidité (rente d'invalidité et mesures professionnelles), au motif que, hormis une période d'incapacité de travail totale entre janvier et avril 2019, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée, si bien qu'il n'y avait pas lieu de retenir une aggravation de son état de santé depuis la décision du 29 août 2014. Par courrier du 17 juin 2021, l'assuré a contesté ce projet de décision en faisant valoir que, contrairement à ce qu'avait retenu l'office AI, son état de santé se détériorait « de jour en jour ». Par décision du 2 septembre 2021, l'office AI a, conformément à son projet de décision du 18 mai 2021, entériné son refus de prester. B. a) Par acte du 21 septembre 2021, W. \_\_\_\_\_, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre la décision du 2 septembre 2021 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'allocation d'une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 2019 et, subsidiairement, à l'octroi de mesures professionnelles. Il faisait pour l'essentiel valoir que ses multiples atteintes à la santé justifiaient une incapacité totale de travail, ce qui ouvrait droit à une rente entière d'invalidité. b) Dans sa réponse du 15 novembre 2021, l'office AI a relevé que les conclusions de l'expertise effectuée par le Centre d'expertises N. \_\_\_\_\_ ne permettaient pas de retenir une aggravation durable influençant le droit aux prestations de l'assuré depuis la décision de refus du 29 août 2014. Aussi, en l'état du dossier, il ne pouvait que conclure au rejet du recours. c) Par réplique du 1er juillet 2022, l'assuré a signalé qu'il était dans l'attente d'un rapport médical demandé au Prof. J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, afin de pouvoir se prononcer sur l'appréciation médicale des experts du Centre

- 7 - d'expertises N.\_\_\_\_\_. Or ce document ne lui était à ce jour pas encore parvenu, si bien qu'il invoquait la garantie du droit d'être entendu. d) Au terme de plusieurs prolongations de délai, l'assuré a produit, le 6 mars 2023, un rapport établi le 30 juin 2022 par les Dres A.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin assistante auprès de l'Hôpital H.\_\_\_\_\_, ensuite d'une consultation du même jour motivée par la reprise du suivi de la spondylarthropathie. A cette occasion, ces médecins avaient demandé à leur patient de leur faire parvenir son dossier médical afin de mieux apprécier son état de santé rhumatologique, compléter les examens paracliniques et proposer un traitement. Or, malgré leur requête, l'assuré avait annulé tous ses rendez-vous sans transmettre la documentation demandée, de sorte qu'elles n'étaient pas en mesure de poursuivre le suivi rhumatologique. e) Dupliquant le 28 mars 2023, l'office AI a souligné que le rapport du 30 juin 2022 ne permettait pas de revenir sur sa position antérieure. Outre que la spondylarthrite ankylosante avait déjà été prise en compte dans l'évaluation de la capacité de travail, l'inflammation oculaire évoquée par les Dres A.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ n'induisait aucune limitation fonctionnelle supplémentaire. 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).

- 8 - b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, respectivement à des mesures d'ordre professionnel. 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 – notamment – ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date. 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.

- 9 - b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, 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 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 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2). 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 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif

- 10 - de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; TF 8C\_339/2017 du 1er février 2018 consid. 3 et les références citées). 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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que 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).

- 11 - 5. Dans le cadre de l'instruction de la première demande de prestations déposée en décembre 2011 et motivée par une spondylarthrite ankylosante, l'office AI avait confié la réalisation d'une expertise rhumatologique au Dr X.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 10 mars 2014, ce médecin avait relevé que le recourant se plaignait de douleurs dorsales et lombaires diurnes, mais surtout nocturnes. Au terme de son examen, il avait retenu l'existence d'une spondylarthrite ankylosante (ou maladie de Bechterew), dont le diagnostic ne faisait aucun doute puisque l'intéressé présentait une anamnèse de rachialgies inflammatoires le réveillant en fin de nuit et accompagnées d'une raideur matinale pouvant parfois dépasser une heure. Par ailleurs, les examens d'imagerie et les analyses de laboratoire confirmaient de manière certaine la pathologie diagnostiquée. Même si la spondylarthrite ankylosante n'était pas accompagnée de manifestation extra-articulaire ni d'une maladie inflammatoire du tube digestif en lien avec l'atteinte rachidienne inflammatoire, il s'avérait que la prise en charge n'était pas satisfaisante pour des motifs que le Dr X.\_\_\_\_\_ n'était pas parvenu à éclaircir. Néanmoins, il existait des traitements médicamenteux aptes à conduire à une rémission de la spondylarthrite ankylosante et à soulager efficacement les douleurs. Associés à des exercices de gymnastique physiothérapeutique spécifiquement conçus pour cette maladie, l'assuré pourrait, une fois la maladie en rémission grâce au traitement de fond, reprendre ses activités sportives antérieures. Le pronostic était donc excellent pour peu que le recourant suive correctement son traitement. Au jour de l'expertise, la maladie de Bechterew, insuffisamment contrôlée, limitait la capacité de travail dans la profession de serveur. En effet, les positions statiques prolongées et les ports de charge pouvaient être de nature à aggraver la symptomatologie rachidienne, ce qui pouvait induire une diminution de rendement de 25 %. Toutefois, la reprise d'un traitement médicamenteux adéquat couplé à une prise en charge physiothérapeutique appropriée devait permettre la reprise à 100 % d'une activité adaptée, c'est-à-dire exempte de ports de charges et autorisant de fréquents changements de position. Dans la mesure où le traitement prescrit était correctement suivi, rien ne s'opposait à ce que le recourant

- 12 - reprenne son activité de serveur, si bien qu'une réadaptation professionnelle n'entrait pas en ligne de compte. 6. Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise réalisée par le Centre d'expertises N.\_\_\_\_\_, lesquelles ne mettent pas en évidence une aggravation de l'état de santé du recourant. a) Le rapport du 4 mai 2021 remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Tant sur les plans rhumatologique et psychiatrique que sur celui de la médecine interne générale, l'expertise est fondée sur des examens cliniques complets. Reposant sur une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, socioprofessionnelle), elle a été établie en pleine connaissance du dossier médical mis à disposition. Les experts se sont en particulier exprimés sur les rapports des autres médecins ayant examiné le recourant, exposant le cas échéant pour quelles raisons ils s'écartaient de leur point de vue. En outre, les plaintes de ce dernier ont été prises en considération. Par ailleurs, les experts ont discuté les options thérapeutiques envisageables, évalué la cohérence et la plausibilité, de même qu'ils ont examiné la personnalité, les ressources et les difficultés du recourant.

L'appréciation de la situation médicale est claire et débouche sur des conclusions soigneusement motivées. aa) A la lecture du dossier médical, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a rappelé que, sur la base d'une radiographie de la colonne dorsale et lombaire effectuée en avril 2010, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, avait retenu l'existence de dorsalgies et lombalgies basses récurrentes sur probable spondylarthropathie avec HLA- B27 positif (rapport du 25 juin 2010). Le diagnostic de spondylarthropathie HLA-B27 positif a par la suite été confirmé par les Drs C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant (rapport du 16 avril 2012), L. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale (rapport du 11 juin 2013) puis X. \_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 10 mars 2014) ainsi que par les Drs K. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ (rapports des 4 mai et 29 juillet 2020).

- 13 - L'examen clinique pratiqué par le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'a pas révélé de problèmes particuliers sur le plan rhumatologique. S'agissant du rachis, la rotation globale était de 90° à droite et à gauche, tandis que la distance mains-sol était de 15 cm ; l'examen cervical montrait une rotation à droite et à gauche de 80°, une distance menton sternum de 3 cm et une extension globale du rachis à 40° ; à la palpation globale du rachis, il existait une douleur uniquement à partir de D8 jusqu'à L4 en paravertébral droit et gauche ainsi que sur la sacro-iliaque droite. L'examen des épaules a été qualifié de « normal » de même que le mouvement main-rachis cervical, lequel était également indolore et harmonieux ; il n'y avait pas non plus d'atteinte ligamentaire ou tendineuse ni de douleur acromio-claviculaire. Si l'examen des coudes montrait un petit recurvatum de 5° des deux côtés, il n'y avait pas d'épicondylite ni d'épitrochléite. L'examen des poignets, des articulations métacarpophalangiennes, des interphalangiennes distales et proximales était « normal » ; les amplitudes étaient respectées ; il n'y avait pas d'augmentation de volume ni de douleur à la mobilisation ; il n'y avait pas de signe de Tinel et pas non plus de douleurs à la percussion du canal de Guyon ni des gouttières épitrochléo-olécrâniennes ; les réflexes ostéotendineux étaient normaux et symétriques ; il n'y avait pas de signe de Hoffman et aucune hypoesthésie n'avait été retrouvée. L'examen des hanches n'a pas révélé de douleur de l'aine aux mouvements de pétrissage des membre inférieurs et il n'y avait pas de syndrome clinostatique. L'examen des genoux était lui aussi « normal » ; il n'y avait pas d'épanchement, les genoux étant froids et secs ; il n'y avait pas de laxité latérale ni antéro-postérieure ; il n'y avait pas non plus de douleur à la palpation des différents compartiments ni d'atteinte ligamentaire ou tendineuse. Tout comme l'examen des genoux, celui des chevilles a été qualifié de « normal » ; la mobilisation était indolore, tandis que les amplitudes étaient respectées ; il n'y avait pas d'augmentation de volume ni d'atteinte ligamentaire ou tendineuse ; il n'y avait pas de signe de Lasègue ni de signe de Léri ; les réflexes ostéotendineux étaient normaux et symétriques ; le réflexe cutané plantaire était en flexion ; il n'y avait pas d'hypoesthésie des membres inférieurs ni de déficit moteur de ceux-

- 14 - ci. Le reste de l'examen neurologique n'avait pas montré de syndrome vestibulaire ni cérébelleux, les paires crâniennes étant normales. En présence d'un examen clinique globalement normal, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a ainsi retenu pour seul diagnostic – avec répercussion sur la capacité de travail – une spondylarthrite ankylosante HLA-B27 positif touchant le rachis lombaire et les articulations sacro-iliaques, dont la symptomatologie répond aux critères de classification de l'ASAS [Assessment of SpondyloArthritis international Society, réd.]. Après plusieurs changements dans le traitement médicamenteux

compte tenu d'une intolérance digestive du recourant aux anti-TNF alpha, l'expert a constaté que les marqueurs d'évolutivité et fonctionnalité s'étaient améliorés par rapport à janvier 2020. Il en déduisait que la pathologie était désormais relativement bien contrôlée avec une faible dose d'anti-inflammatoires, si bien qu'il n'était pas nécessaire pour l'instant de prescrire une biothérapie. bb) Du point de vue psychiatrique, le Dr V. \_\_\_\_\_ n'a pas fait état de plaintes particulières du recourant sur ce plan, hormis une tentative de suicide à l'adolescence et une hospitalisation en clinique psychiatrique en 2019. Les constatations effectuées lors de son examen ont mis en évidence qu'il était bien orienté aux trois modes, c'est-à-dire dans le temps, l'espace et quant à la situation. Concernant le registre cognitif, il n'y avait pas de trouble de la concentration ou de la mémoire ni de trouble de l'attention ou de la compréhension ; l'intelligence correspondait au niveau de scolarité. S'agissant de la lignée psychotique, le recourant ne présentait pas de troubles formels de la pensée, pas de clivages du Moi, pas de barrages, pas de bizarreries de la pensée ou de réponses à côté ; il n'y avait pas de troubles de la perception telles des hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques ou olfactives ; il n'y avait pas non plus d'idées délirantes, notamment de persécution, d'idées interprétatives ou d'idées de concernement, simples ou délirantes. Il n'y avait pas d'euphorie, pas de fuite d'idées, ni de comportement provocateur, manipulateur, revendicateur ou familier. Concernant le registre dépressif, il n'y avait pas de tristesse et l'humeur n'était pas

- 15 - dépressive ; il n'y avait pas de signe clinique d'un ralentissement psychomoteur ni de sentiment d'infériorité ou de dévalorisation ; il n'y avait pas d'idée d'inutilité ou de ruine ; l'élan vital n'était pas perturbé et il n'y avait pas d'idées noires ; il n'y avait pas de troubles du sommeil. Concernant le registre anxieux, il n'y avait pas de tension nerveuse, de crise d'angoisse ni de rituels même si l'expert a noté l'existence d'une agoraphobie. Il n'y avait pas de cauchemars, de flashbacks ou de troubles alimentaires sous la forme de boulimie ou d'anorexie. Il n'y avait pas non plus de troubles de l'addiction. Sur la base de son examen clinique et de l'anamnèse, l'expert a retenu un status après un trouble psychotique aigu polymorphe, avec symptômes schizophréniques apparu au début du mois de janvier 2019. Alors en proie à une bouffée délirante causée par une intoxication au cannabis et à l'alcool – dont le recourant a affirmé avoir depuis lors cessé la consommation –, il avait entrepris, dans un délire mystique, un voyage pathologique en France, ce qui avait nécessité son hospitalisation pendant dix jours. Selon l'expert, il s'agissait d'un trouble psychotique aigu dont le tableau clinique était polymorphe et instable, comportant certains symptômes typiquement schizophréniques. Les signes cliniques avaient toutefois rapidement disparu et ne s'étaient plus représentés, le recourant ayant même développé un regard critique sur ses propres idées délirantes et sur les convictions religieuses à l'origine de cette crise. Le Dr V. \_\_\_\_\_ a écarté le diagnostic de trouble schizotypique posé par le Dr R. \_\_\_\_\_, dès lors que le recourant ne présentait aucun des signes cliniques caractérisant cette pathologie. Il a, en revanche, retenu un trouble mixte de la personnalité associé à un narcissisme fragile et à une tendance abandonnique, comme conséquence des difficultés vécues pendant l'enfance et l'adolescence, notamment la séparation conflictuelle des parents et le rejet de sa mère parce qu'il refusait de suivre les préceptes de la secte religieuse dont celle-ci était membre. cc) Du point de vue de la médecine interne générale, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a retenu que le recourant présentait une hypoacousie bilatérale non appareillée dans le cadre d'une probable source iatrogène en lien

- 16 - avec plusieurs traitements antibiotiques dans l'enfance pour des bronchites et des angines aiguës. A l'âge de 14 ans, il avait fait l'objet d'une intervention chirurgicale consistant en l'excision d'un phéochromocytome au niveau de la surrenale droite. Alors que les contrôles effectués par la suite s'étaient révélés dans la norme, l'intéressé avait toutefois renoncé à de tels examens au jour de l'expertise. Entre 1998 et 2015, il avait souffert de trois épisodes de pneumothorax spontanés à gauche, lesquels avaient à chaque fois été drainés, ce qui avait mis en évidence des bulles d'emphysème au niveau des deux apex. En 2008, le recourant avait également présenté une première crise comitiale, laquelle n'avait pas été traitée en raison du refus manifesté par l'assuré sur ce point, suivie d'une seconde crise en 2011. Les examens pratiqués à cette occasion n'avaient pas permis de déceler leur origine, si bien qu'un diagnostic n'avait pas pu être posé. Au jour de l'expertise, l'assuré ne suivait aucun traitement de médecine interne générale, le Dr Q. \_\_\_\_\_ ne recommandant de son côté aucune option thérapeutique particulière. dd) Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont souligné que les plaintes actuelles consistaient en des lombalgies, plutôt latéralisées à droite, irradiant vers le grand trochanter et la fesse droite, ce qui entraînait une impression de blocage. Dans la mesure où la spondylarthrite ankylosante HLA-B27 positif était relativement bien contrôlée au jour de l'expertise, les experts ont retenu, à l'instar du Dr X. \_\_\_\_\_, que la capacité de travail était entière tant dans l'activité habituelle de serveur que dans une activité adaptée, à condition de respecter les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du buste et port de charge proche du corps limité à 10 kg. La seule incapacité de travail retenue par les experts était de nature psychiatrique et n'avait été que transitoire puisqu'elle correspondait à l'hospitalisation du recourant en clinique psychiatrique en France au mois de janvier 2019 en raison de la survenance d'un trouble psychotique aigu. La symptomatologie s'était ensuite progressivement résolue au mois de mai 2019, sans signes psychotiques depuis lors, ce qui parle en faveur du caractère isolé de cet

- 17 - épisode. Hormis cette période, les experts ont donc estimé que la capacité de travail était entière en toute activité, les signes cliniques d'une personnalité narcissique et abandonnique étant sans incidence sur la capacité de travail. b) S'agissant de l'avis médical établi le 30 juin 2022 par les Dres A. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, il ne permet pas de susciter un doute quant au bien-fondé des conclusions rendues par les experts. Outre que ces médecins ne discutent à aucun moment du contenu de l'expertise, elles n'ont pas été en mesure de mener des investigations détaillées sur la situation médicale du recourant, celui-ci n'ayant pas donné suite aux demandes de documents et aux rendez-vous fixés. c) Il résulte de ce qui précède que l'office intimé n'a pas fait preuve d'arbitraire en retenant que le recourant disposait d'une capacité de travail de 75 % dans l'activité habituelle de serveur et de 100 % dans une activité adaptée. Aussi a-t-il nié à bon droit l'existence d'une aggravation de l'état de santé entre le 29 août 2014 et la décision litigieuse du 2 septembre 2021. 7. A ce stade, il reste encore à examiner si le recourant peut prétendre à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital).

- 18 - Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références citées), celles-ci ne devant pas être allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2 ; TFA I 660/02 du 2 décembre 2002 consid. 2.1). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (TF 9C\_846/2018 du 29 novembre 2019 consid. 5.1 et la jurisprudence citée). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1 ; TFA I 370/98 du 26 août 1999 publié in : VSI 3/2002 p. 111 consid. 2 et les références citées). b) En l'occurrence, l'office AI a, par la décision attaquée, refusé de reconnaître au recourant le droit à des mesures d'ordre professionnel. Or force est de constater que celui-ci dispose d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans la mesure où la situation est demeurée inchangée depuis la précédente décision de refus de prestations rendue par l'office intimé le 29 août 2014, le recourant ne saurait prétendre à l'allocation de mesures d'ordre professionnel. 8. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 9. a) 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

- 19 - 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). 10. a) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 25 mai 2023, il apparaît qu'elle ne peut pas être intégralement suivie. En particulier, la liste fait mention de quelques démarches antérieures à la date à compter de laquelle l'assistance judiciaire a été accordée (21 septembre 2021), lesquelles n'ont pas à être prises en charge dans le cadre de la présente procédure. Par ailleurs, il n'y a pas non plus lieu de tenir compte d'un appel téléphonique et d'un courriel aux services sociaux s'agissant d'une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité. Partant, il convient de retenir 11 heures et 45 minutes de prestations d'avocat rémunérées à 180 fr., ce qui correspond à un montant total d'honoraires de 2'115 fr. auquel il y a lieu d'ajouter les débours et la TVA de 7,7 %. L'indemnité totale sera donc arrêtée à 2'391 fr. 75 (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). b) La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

- 20 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 2 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de W. \_\_\_\_\_ et provisoirement supportés par l'Etat. IV. Il n'est pas alloué de dépens.

- 21 - V. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc est arrêtée à 2'391 fr. 75 (deux mille trois cent nonante et un francs et septante- cinq centimes), débours et TVA compris. VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité d'office mis à la charge de l'Etat. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Michel Duc, avocat (pour W. \_\_\_\_\_), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies.

- 22 - 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.