

VD_GERICHTE ZD21.045063 vom 3. Juni 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-06-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.045063

FR: VD_GERICHTE ZD21.045063 du 3 juin 2022

IT: VD_GERICHTE ZD21.045063 del 3 giugno 2022

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile 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

a) Les conclusions en constatation de droit ne sont recevables que lorsque des conclusions condamnatoires ou formatrices sont exclues. Sauf situations particulières, les conclusions constatatoires ont donc un caractère subsidiaire (ATF 141 II 113 consid. 1.7 et les références). Les

- 19 - conclusions doivent cependant être interprétées à la lumière de la motivation (ATF 137 II 313 consid. 1.3). b) En l'espèce, la conclusion du recourant tendant à la constatation de son droit aux prestations de l'assurance-invalidité est, précisément, de nature constatatoire et devrait en conséquence être considérée comme irrecevable au vu de la jurisprudence précitée. Toutefois, on peut déduire des motifs du recours que l'intéressé, qui qualifie respectivement d'impossible l'exercice d'une activité adaptée et d'entière l'incapacité de travail, prétend implicitement à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Interprétée à la lumière des motifs du recours, cette conclusion est recevable, étant au demeurant précisé que le tribunal n'est pas lié par les conclusions de parties (art. 61 let. d LPGA). c) Est dès lors litigieux le point de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement une rente d'invalidité.

E. 2.1

et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le

diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

E. 3

Diverses modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er janvier 2022, dans le cadre du projet de révision « développement continu de l'AI » (modification du 19 juin 2020 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [RO 2021 705] ; modification du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité [RO 2021 706]).

Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable en l'espèce compte tenu de la date de la décision litigieuse, rendue le 21 septembre 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).

E. 4

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

- 20 - 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. L'assuré a droit à une rente d'invalidité 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). b) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334, 130 V 393 et 125 V 146).

c) 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 une base importante pour apprécier

- 21 - la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

- 22 - d) Tant les affections psychosomatiques (ATF 141 V 281) que les affections psychiques (ATF 143 V 418) et les syndromes de dépendance (ATF 145 V 215) doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée. La preuve d'un tel trouble suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid.

E. 5

a) En l'occurrence, la décision attaquée repose essentiellement sur le rapport d'expertise du 23 février 2021 des Drs X. _____, F. _____ et Z. _____ du Centre S. _____. Dans le cadre de

- 23 - leur analyse, les experts ont plus particulièrement retenu que, depuis le mois de juillet 2018, le recourant n'était plus en mesure d'exercer son activité antérieure de mécanicien agricole en raison de troubles rhumatologiques sous forme d'arthrose du poignet droit, mais qu'il conservait en revanche une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à

l'exception d'une période d'incapacité entre le 26 janvier et le 26 avril 2020 pour chirurgie du poignet droit. aa) Sur le plan psychiatrique, l'expert Z. _____ a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue, ainsi que des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du cannabis, utilisation continue. Par ailleurs, l'expert a exclu un trouble somatoforme au motif que les critères n'étaient pas remplis (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 10 s.) Toutefois, en termes de motivation, cette simple affirmation péremptoire ne saurait contenter la Cour de céans puisque l'expert s'est gardé d'exposer en quoi ces critères n'étaient pas remplis et pour quels motifs les plaintes pouvaient être rattachées à la seule composante dépressive ; les propos de l'expert Z. _____ sont d'autant moins satisfaisants que les spécialistes de la Fondation M. _____ avaient, quant à eux, suspecté une composante psychosomatique qu'ils n'avaient toutefois pas approfondie en raison d'investigations en cours sur le plan somatique (cf. rapport du 12 juillet 2019). Ainsi, sous cet angle déjà, le volet psychiatrique de l'expertise prête le flanc à la critique. Concernant l'analyse du cas à la lumière des indicateurs définis par la jurisprudence (cf. consid. 4d supra), l'appréciation de l'expert Z. _____ est clairement insuffisante. On constate en particulier que les manifestations concrètes des atteintes psychiques n'ont été que superficiellement développées par l'expert. Notamment, si l'expert a relevé un épisode dépressif sévère en décembre 2020 (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 11), il ne s'est toutefois guère attardé sur le fait que cet épisode s'inscrivait dans le contexte de la mort accidentelle d'un poney ayant entraîné une mesure de placement à des fins

- 24 - d'assistance dans le contexte d'un risque auto-agressif en lien avec la consommation d'alcool et de médicaments (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 9 s.) – ce qui dénote à première vue une réaction pour le moins extrême face à la perte d'un animal, susceptible de traduire une mobilisation problématique, voire carencée, des ressources personnelles. L'expert Z. _____ a de surcroît réfuté toute symptomatologie neuropsychologique sur la base de son examen (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 9), mais ne s'est toutefois pas positionné quant à l'important ralentissement psychomoteur signalé tant par le Dr G. _____ (cf. rapport du 3 juillet 2019 ; cf. également rapport du 6 mai 2021) que par les médecins de la Fondation M. _____ (cf. rapport du 13 juillet 2020). Par ailleurs, l'expert n'a pas davantage développé de réelle appréciation quant à l'impact des troubles psychiques sur l'échec des traitements d'Antabus ou l'échec de la mesure initiée auprès de la Fondation I. _____. A cela s'ajoute que l'expert Z. _____ ne s'est guère exprimé du point de vue des troubles concomitants, s'agissant notamment de l'interaction entre la symptomatologie strictement dépressive, les symptômes rattachés à la douleur (troubles du sommeil, nervosité), la dépendance et les troubles somatiques de l'assuré. Il n'a pas non plus fourni d'analyse de la structure de personnalité de l'assuré. Concernant la cohérence, l'expert Z. _____ est essentiellement parti du principe que l'assuré avait toujours pu travailler et avoir différentes activités journalières, nonobstant sa dépendance (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 11 s.). Force est néanmoins de constater que le dossier ne contient en définitive aucune information concrète et objective sur ce plan, en particulier pour ce qui est des modalités de travail dont l'intéressé bénéficiait dans le cadre de sa dernière activité (cf. consid. 5c infra). S'agissant de surcroît de l'appréciation globale des ressources, l'expert Z. _____ a évoqué une capacité de résistance et d'endurance légèrement diminuée à cause de la douleur alléguée (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 12). Or l'expert n'a pas tenu compte de cette limitation –

certes légère, de son point de vue – lorsqu’il a fixé la capacité de travail de l’assuré à 100 % sans aucune restriction (cf. *ibid.*). A

- 25 - défaut de motivation, l’appréciation de l’expert apparaît donc sujette à caution sur ce point également. Finalement, il y a lieu de souligner que l’expert Z. _____ a mis en avant le fait que la dépendance présentée par le recourant était de nature primaire (cf. rapport d’expertise du 23 février 2021 p. 4 et 11), alors même que le caractère primaire ou secondaire d’un trouble de la dépendance n’est plus décisif pour en nier d’emblée toute pertinence sous l’angle du droit de l’assurance-invalidité (ATF 145 V 215 spéc. consid. 7.2 ; TF 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 7.2.2). Des considérations qui précèdent, il résulte que les conclusions de l’expert psychiatre du Centre S. _____ ne sauraient donc être suivies. bb) Sur le plan de la médecine interne générale, l’expert X. _____ a pour l’essentiel retenu un diagnostic de neuropathie des membres inférieurs, sans impact sur la capacité de travail (cf. rapport d’expertise du 23 février 2021 p. 18). Son appréciation est cependant empreinte de confusion. En effet, il a plus précisément fait mention d’un syndrome douloureux diffus chronique surtout aux membres inférieurs, pouvant relever d’une neuropathie dans un contexte d’alcoolisme chronique (cf. rapport d’expertise du 23 février 2021 p. 18). Le diagnostic retenu semble ainsi davantage relever de l’hypothèse de travail que d’un diagnostic médical reposant sur des éléments concrets et objectifs. Dans ces conditions, on peut regretter qu’un avis neurologique – du reste préconisée par le Dr Q. _____ dans le contexte d’une possible intoxication aux solvants (cf. compte-rendu du 29 avril 2021) – n’ait pas été sollicité. On peine en outre à suivre l’expert lorsqu’il estime que l’interruption de la consommation d’alcool n’aurait aucun effet favorable sur le syndrome douloureux chronique et la neuropathie périphérique des membres inférieurs (cf. rapport d’expertise du 23 février 2021 p. 18), tout en considérant paradoxalement que les doléances neuropathiques aux membres inférieurs pourraient possiblement régresser avec l’arrêt de toute consommation d’alcool (cf. rapport d’expertise du 23 février 2021 p. 19). Dans ces conditions, les conclusions somme toute relativement

- 26 - laconiques de l’expert X. _____ ne sauraient emporter la conviction de la Cour de céans. cc) Sous l’angle rhumatologique, l’expert F. _____ a posé le diagnostic incapacitant de douleur du poignet droit opéré le 26 janvier 2020 pour SLAC III et DISI et estimé que l’activité de mécanicien sur machines agricoles n’était plus compatible avec l’arthrose évoluée de ce poignet, mais que la capacité de travail demeurerait entière dans une activité sans effort de préhension ou de prosupination du poignet droit, ni effort de soulèvement de plus de dix kilos du membre supérieur droit (cf. rapport d’expertise du 23 février 2021 p. 26). Or, si l’existence de l’atteinte en cause n’est pas disputée, force est de constater en revanche que les pièces au dossier viennent infirmer la réalisation d’une quelconque opération le 26 janvier 2020. Tout au plus résulte-t-il des éléments en mains du Tribunal que l’assuré a été adressé le 26 janvier 2020 par le Dr G. _____ au Dr H. _____ en raison de troubles du poignet droit et que, par rapport du 28 janvier 2020, le Dr H. _____ a constaté la présence d’une arthrose de stade SLAC III et évoqué la possibilité d’une intervention. Sur ce point déjà, l’appréciation de l’expert F. _____ doit donc être appréhendée avec une certaine retenue. Pour le surplus, l’expert F. _____ a nié une polyarthrite, faute de syndrome inflammatoire biologique, et a estimé que l’on ne pouvait pas véritablement parler de fibromyalgie sur le vu des résultats de l’examen clinique (cf. *ibid.*, p. 24 et 26) – s’écartant ainsi des atteintes mentionnées par le rhumatologue Q. _____ (cf. rapports du 4 juillet 2019, 21 octobre 2020 et 29 avril 2021).

L'expert a en définitive conclu à des douleurs diffuses sans support anatomique, évoquant davantage une hyperesthésie cutanée générale que des douleurs articulaires (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 26 s.). Cette dernière hypothèse n'a toutefois pas été explicitée par l'expert F. _____, de sorte que l'on peine à en comprendre l'impact. En ce sens, le raisonnement de l'expert n'est pas suffisamment abouti. Bien plus, l'expert du Centre S. _____ semble avoir totalement négligé le fait qu'une discopathie L3-L4, L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une spondylose antérieure de L1-L5 avaient été constatées à

- 27 - l'occasion d'un examen d'imagerie ne figurant certes pas au dossier mais dont les conclusions ont été résumées par le Dr Q. _____ dans son rapport du 4 juillet 2019. Non seulement l'expert F. _____ ne s'est pas procuré l'examen en question, mais il n'en a pas non plus ordonné un nouveau afin de connaître l'évolution des troubles lombaires.

L'expertise ne se réfère pas non plus à une éventuelle discopathie cervicale, pourtant mentionnée le 29 avril 2021 par le Dr Q. _____ ; là encore, aucun examen radiologique n'a du reste été requis par l'expert rhumatologue. Ces éléments montrent ainsi que diverses lacunes émaillant l'appréciation de l'expert F. _____, dont on ne saurait par conséquent valider les conclusions en l'état du dossier. A cela s'ajoute que le Dr G. _____, dans son rapport du 6 mai 2021, a évoqué la réalisation d'une IRM lombaire le 10 mars 2021 ayant montré une arthrose sévère inflammatoire des articulations postérieures à tous les étages, responsable d'un rétrécissement significatif du canal lombaire. Cela étant, on ne peut que s'étonner que l'OAI n'ait pas cherché à se procurer le rapport d'examen y relatif et à le soumettre à l'expert F. _____ pour avis complémentaire. L'absence de ce rapport au dossier est tout au plus mentionnée dans l'avis SMR du 1er juin 2021 du Dr D. _____, sans autre indication. A ce niveau également, l'instruction diligentée par l'intimé est donc incomplète. dd) L'appréciation consensuelle des experts du Centre S. _____ (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 3 à 5) n'est pas satisfaisante non plus. Ces derniers se sont en effet contentés de résumer leurs positions respectives sans réellement procéder à une discussion prenant en compte la situation dans sa globalité. De ce fait, des incohérences subsistent, qui contribuent à discréditer les conclusions de l'expertise. Ainsi, on constate en particulier que l'ampleur de la symptomatologie algique décrite par les experts somaticiens ne trouve finalement que très peu d'écho dans l'appréciation psychiatrique, qui se contente de réfuter – en une phrase – la présence d'un trouble somatoforme douloureux et de

- 28 - rattacher dite symptomatologie au trouble dépressif, sans autre explication. Par ailleurs, il appert que des difficultés à mobiliser les ressources personnelles ont été évoquées par l'expert X. _____ et mises en lien avec la sphère psychique (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 19), alors même que l'expert Z. _____ a conclu à des ressources essentiellement intactes, hormis une légère diminution de la capacité de résistance et d'endurance (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 12). A cela s'ajoute que l'expert Z. _____ n'a pas retenu de problématique particulière au niveau de la planification et de la structure des tâches (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 12), en présence d'un assuré s'étant pourtant rendu un jour trop tôt à l'examen de médecine interne, cela nonobstant les indications claires figurant sur la convocation envoyée le 10 décembre 2020. Si par ailleurs l'expert Z. _____ a retenu que la Quétiapine, bien que prescrite, n'était pas détectable (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 11), il reste que l'assuré a expliqué à l'expert rhumatologue qu'il se réveillait dans un état second lorsqu'il prenait ce médicament (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 22) ; or l'incidence de cet effet indésirable sur la perspective d'une expertise psychiatrique prévue à 9h30 (selon la

convocation du 10 décembre 2020) n'a pas été prise en considération. Si les experts ont en outre décrit un assuré demeuré debout en cours d'entretien (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 11) et ne tenant pas en place (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 17), seul l'expert F. _____ a rattaché cet élément aux difficultés de l'assuré à maintenir la position assise (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 22). Enfin, les experts ont certes décrit un assuré assumant la totalité des gestes de la vie quotidienne (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 4), sans tenir compte de la nuance apportée par les spécialistes de la Fondation M. _____, selon lesquels les journées du patient étaient néanmoins rythmées par de nombreuses pauses en fonction de l'intensité de la symptomatologie algique (cf. rapport du 19 août 2020). ee) De ce qui précède, il résulte que l'expertise du Centre S. _____ s'avère insatisfaisante et ne permet pas de se positionner à satisfaction de droit.

- 29 - b) Les rapports des médecins traitants ne permettent pas davantage de trancher le litige. Ainsi les rapports du Dr G. _____ (des 3 juillet 2019, 7 septembre 2020 et 6 mai 2021), outre qu'ils ne satisfont pas aux exigences jurisprudentielles en matière de troubles psychosomatiques, psychiques et de dépendance (cf. consid. 4d supra), s'attachent pour le surplus essentiellement aux douleurs – par définition subjectives – de l'assuré sans exposer objectivement en quoi les atteintes retenues impactent la capacité de travail de ce dernier ; il en va de même du Dr Q. _____ (cf. compte-rendu du 29 avril 2021). Quant aux psychiatres de la Fondation M. _____, ils ne se sont initialement pas prononcés du point de vue de la capacité de travail (cf. rapport du 12 juillet 2019), puis ont essentiellement rattaché l'incapacité d'exercer une activité professionnelle aux limitations physiques (cf. rapports des 13 juillet et 19 août 2020), sans réelle motivation. Il manque par ailleurs au dossier une prise de position spécialisée quant à l'aggravation de l'état dépressif rapportée le 6 mai 2021 par le Dr G. _____. c) Enfin, la Cour de céans ne peut que relever les zones d'ombre qui entourent le parcours professionnel du recourant. Des interrogations s'imposent notamment quant au point de savoir si l'incapacité de travail dans l'activité de mécanicien sur machines agricoles a réellement débuté au mois de juillet 2018 – prémisses sur laquelle repose la décision attaquée, sur la base du rapport d'expertise du 23 février 2021 (p. 5) – ou si les difficultés induites par les troubles de santé de l'intéressé se répercutaient déjà sur son activité avant cette date. Certes, le dossier ne contient aucun arrêt de travail pour la période antérieure au mois de juillet 2018. Cette situation s'explique toutefois en partie par le fait que le Dr G. _____ n'a repris le suivi de l'assuré qu'à compter de 2018, après le départ à la retraite du précédent médecin traitant dont les constatations restent totalement inconnues à ce jour. Quoi qu'il en soit, il convient de souligner que l'essentiel de la carrière

- 30 - professionnelle du recourant s'est inscrite au sein d'une entreprise familiale, à même de lui proposer un cadre particulièrement bienveillant dont il n'aurait pas nécessairement pu bénéficier dans une entreprise tierce. Or l'OAI n'a pas cherché à investiguer ce contexte particulier. Notamment, l'office n'a jamais donné suite à la demande du Dr D. _____ du 8 juillet 2020 tendant à l'interpellation de l'employeur. Quant au mandat d'expertise confié au Centre S. _____ le 18 novembre 2020, il se contente de relever le manque d'informations détaillées quant à l'étendue des tâches et au profil d'exigences de l'activité habituelle. Tout au plus apparaît-il que selon le Registre du commerce vaudois, l'entreprise individuelle « Garage [...], B.C. _____ », inscrite le 17 mars 1972 sous le seul nom du père du recourant et radiée le 26 septembre 2018, doit être distinguée de la société Garage

X._____ Sàrl, inscrite le 3 février 2009 et où l'assuré a occupé la fonction d'associé gérant avec signature individuelle (son père étant associé gérant président) jusqu'à la cession de ses parts et la radiation de sa signature en date du 19 septembre 2018, dite entreprise ayant finalement été reprise par un tiers en juillet 2020. Il résulte en outre de l'extrait de compte individuel au dossier que l'intéressé a perçu des revenus versés par « B.C._____ » (n° d'affilié [...]) du mois de juillet 1990 jusqu'au mois de décembre 2008, puis par « Garage » et « Garage X._____ Sàrl » (n° d'affilié [...]) du mois de janvier 2009 jusqu'au mois de septembre 2018. De ces éléments, on peut donc déduire que l'intéressé, après avoir initialement travaillé dans l'entreprise individuelle gérée par son père à l'enseigne « Garage [...], B.C._____ », a ensuite œuvré dans le cadre de la société Garage X._____ Sàrl exploitée avec son père jusqu'au mois de septembre 2018. On ignore si, au sein de cette dernière société, l'activité du recourant se limitait exclusivement à des tâches mécaniques ou si, en tant qu'associé gérant avec droit de signature individuelle, il participait par ailleurs à la gestion de l'entreprise familiales et s'il aurait pu rencontrer dans ces activités, à des époques ou degrés variables, des obstacles en lien avec son état de santé. On ignore également si l'évolution des revenus du recourant – revenus qui ont globalement augmenté jusqu'à atteindre 60'000 fr. en 2009, avant de suivre l'évolution inverse pour se chiffrer à 29'279 fr. pour la période de janvier à septembre 2018 – traduit une

- 31 - diminution effective de son activité, cas échéant en raison de son état de santé, ou simplement une baisse de production de la société Garage X._____ Sàrl avant la reprise intervenue au cours du mois de juillet 2020. En ce sens, l'instruction s'avère donc lacunaire. La lecture du dossier montre par ailleurs que l'assuré aurait diminué son taux d'activité de 100 % à 60 % dans des conditions indéterminées (cf. demande de prestations du 11 février 2019 ; cf. rapport d'entretien de la Fondation I._____ du 10 avril 2019 ; cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 pp. 3 et 23), au cours des dernières années (cf. rapport d'expertise du 23 février 2021 p. 7), ou au contraire qu'il aurait toujours travaillé avec des horaires flexibles et à un « taux de salaire » de 60 % (cf. rapport de la Fondation M._____ du 12 juillet 2019). Rien ne permet de trancher entre ces versions. En tout état de cause, on ignore les circonstances – d'ordre médical ou de convenance personnelle – ayant justifié de telles modulations de l'activité professionnelle. On peine dès lors à comprendre que l'OAI ait pu retenir, sans autre investigation, que le recourant devait être considéré comme un travailleur à plein temps (cf. mandat d'expertise du 18 novembre 2019, notice « Motif et circonstances de l'expertise »). Le statut du recourant, dont dépend le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (cf. consid. 4b supra), n'apparaît dès lors pas non plus suffisamment établi. Les lacunes relevées ci-avant justifient donc, elles aussi, des investigations complémentaires.

E. 6

a) 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 justifié 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 ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies

- 32 - par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'espèce, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction afin de déterminer si le recourant présente des atteintes à la santé susceptibles d'influer sur sa capacité de travail. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé d'actualiser le dossier médical du recourant auprès des différents médecins en charge de son suivi (notamment sur les plans de la médecine interne, de la psychiatrie, de la rhumatologie et de la neurologie), sans omettre de faire verser au dossier les examens d'imagerie réalisés en 2019 et 2021, puis de déterminer sur la base des éléments recueillis si une expertise pluridisciplinaire doit être ordonnée et, dans l'affirmative, d'y procéder conformément aux règles applicables en la matière (art. 44 LPGA). Il appartiendra par ailleurs à l'OAI de solliciter des renseignements complémentaires portant sur le parcours professionnel du recourant et son statut. Cela fait, il reviendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de se positionner sur les autres arguments des parties.

E. 7

a) En conclusion, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à

- 33 - 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, compte tenu de l'issue du litige. 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). A cet égard, on notera que la liste des opérations transmise le 5 avril 2022 ne peut être avalisée en tant qu'elle comptabilise le temps nécessaire à la rédaction de plusieurs courriers adressés à différents destinataires (recourant, OAI, service social, Tribunal cantonal), en marge du mémoire de recours du 25 octobre 2021 qui constitue l'unique écriture déposée dans le cadre de la présente procédure. Ainsi, il convient d'arrêter l'indemnité de dépens 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.