

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 octobre 2024

---

Composition : Mme BERBERAT, présidente  
Mme Gauron-Carlin, juge, et M. Gutmann, assesseur  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à T.\_\_\_\_\_, recourant, représenté par Me Odile Pelet, avocate  
à Lausanne,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

## **E n f a i t :**

**A.** Ressortissant colombien au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), W. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'assistant socio-éducatif, travaillait à 63,462 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010 comme éducateur auprès de l'APEMS (accueil des enfants en milieu scolaire) de C. \_\_\_\_\_ pour le compte de la Ville de T. \_\_\_\_\_.

Souffrant d'une pneumonie sur infection à SARS-CoV-2 (covid-19) depuis le 9 novembre 2020, W. \_\_\_\_\_ a déposé, le 9 novembre 2021, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assuré.

Dans un rapport du 12 mai 2022, la Dre I. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de covid long. Cette médecin a expliqué qu'à la suite d'une infection au covid, son patient avait présenté un état de fatigue persistant avec un ralentissement psychologique et des troubles de la concentration ; il souffrait également d'une dyspnée au moindre effort, de céphalées fluctuantes quasi-quotidiennes, de troubles du transit occasionnant des diarrhées jusqu'à dix fois par jour ainsi que d'une alternance de sensation de chaud et de froid avec sensation de fièvre. Compte tenu d'une fatigabilité extrême mais fluctuante certains jours, d'une faible capacité de concentration et d'une mémoire déficiente, la Dre I. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité de travail était nulle en toute activité depuis le 9 novembre 2020. Elle a ajouté que le caractère irrégulier des symptômes rendait imprévisible l'état global du patient dans quelque contexte professionnel que ce soit.

La Dre I. \_\_\_\_\_ a joint à son rapport divers documents, dont l'un établi le 8 novembre 2021 par le Prof. J. \_\_\_\_\_ et la Dre F. \_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et cheffe de clinique adjointe auprès de

l'Institut A.\_\_\_\_\_. Ces médecins ont expliqué avoir examiné l'assuré à leur consultation covid long les 18 mai et 24 août 2021, ce qui les a conduits à poser le diagnostic de syndrome du covid long avec infection clinique à SARS-CoV-2 en novembre 2020, de dyspnée à l'effort et de trouble cognitif. Selon leurs constatations, le traitement anti-dépresseur introduit par la Dre I.\_\_\_\_\_ avait apporté un bénéfice au niveau du sommeil, même si des troubles cognitifs persistaient, lesquels constituaient la principale source de limitations des activités quotidiennes et d'un retour au travail. Si la fatigue était davantage aléatoire, le test d'effort pratiqué pour évaluer la condition physique avait montré un niveau d'effort suffisant et la spirométrie s'était révélée dans la norme. Ils ont pour le reste préconisé la poursuite d'une prise en charge psychologique afin d'aider l'assuré à gérer ses émotions et ses symptômes, tout en relevant qu'une IRM cérébrale, un bilan neuropsychologique et un bilan biologique seraient organisés dans le cadre des examens médicaux effectués au centre de la mémoire. Le Prof. J.\_\_\_\_\_ et la Dre F.\_\_\_\_\_ ont finalement indiqué que, compte tenu des limitations observées et du cahier des charges d'un éducateur de la petite enfance, la reprise d'une activité professionnelle à temps complet n'était pas envisageable actuellement.

Par communication du 1<sup>er</sup> septembre 2022, l'office AI a informé l'assuré qu'il prenait en charge les coûts d'un réentraînement progressif au travail effectué du 1<sup>er</sup> septembre au 30 novembre 2022 auprès des Ateliers de l'Unité de Réhabilitation. Le taux de présence était de 20 % réparti sur quatre jours par semaine, ce taux étant par la suite susceptible d'augmenter progressivement.

Dans un courrier du 6 septembre 2022, la Dre F.\_\_\_\_\_ a indiqué ne pas avoir revu l'assuré depuis le mois de septembre 2021, dès lors que les patients n'étaient vus que deux fois à sa consultation. De manière générale, dans des situations de covid long, la reprise professionnelle devait être très progressive et le pourcentage d'activité n'augmenter que par tranche de 10 % par mois au maximum. En effet, des rechutes de symptômes étaient fréquemment observées en cas de

reprise d'activité trop rapide. Il convenait également de tenir compte d'une diminution du rendement, puisque des périodes de pauses régulières devaient être ménagées. L'activité exercée par le patient était exigeante, car son attention devait être soutenue (activité avec les enfants) et une diminution de rendement était difficilement concevable, les enfants ne parvenant pas à solliciter l'intervenant qu'au *pro rata* de son rendement. Concernant l'évolution du covid long, la Dre F.\_\_\_\_\_ a souligné que, selon son expérience, lorsque les troubles s'étaient installés depuis plus de six mois, ils se prolongeaient durablement et il arrivait fréquemment que la reprise d'une activité professionnelle au taux habituel soit impossible.

Ensuite d'un entretien ayant eu lieu le 21 novembre 2022 entre W.\_\_\_\_\_, deux intervenants des Ateliers de l'Unité de Réhabilitation et une collaboratrice de l'office AI, il a été décidé de ne pas prolonger les mesures de réinsertion au-delà du 30 novembre 2022, dès lors que l'état de santé de l'assuré ne permettait pas d'envisager une réadaptation professionnelle.

Après avoir analysé les éléments médicaux au dossier, le Dr M.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a conclu que les différentes investigations menées sur le plan somatique depuis l'infection au covid n'avaient pas révélé de substrat organique évident et n'avaient pas non plus permis d'objectiver les empêchements découlant des plaintes de l'assuré. Aussi a-t-il proposé une évaluation multidisciplinaire afin d'obtenir une appréciation de la capacité de travail fondée sur les indicateurs standards (avis médical du 28 novembre 2022).

Pour ce faire, l'office AI a confié au Bureau d'expertises Z.\_\_\_\_\_ à P.\_\_\_\_\_ la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne générale (Dre X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale), neurologique (Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie) et psychiatrique (Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport du 2 mai 2023, les

experts ont posé pour seul diagnostic incapacitant celui de syndrome du covid long depuis le 9 novembre 2020. Au terme de leur examen, ils ont estimé que la capacité de travail était nulle depuis cette date jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2022, date à compter de laquelle dite capacité était entière quelle que soit l'activité. Ils ont motivé leur appréciation en ces termes :

« M. W. \_\_\_\_\_ a contracté le covid 19 en novembre 2020 à la deuxième vague. Il n'a pas été hospitalisé. Il n'a pas perdu le goût et l'odorat. Actuellement, il présenterait encore subjectivement de la dyspnée, des diarrhées, des céphalées et de la fatigue.

- L'assuré a déclaré présenter une hypersomnie. Il est en mesure de s'occuper de ses enfants, va les chercher à l'école, fait à manger, mentionne faire du vélo, aller à la piscine. Il a été en mesure de partir trois semaines en Colombie en avril 2022.
- Il n'y a donc certainement pas de limitation uniforme dans tous les domaines comparables de la vie.
- Objectivement, à la lecture des différents status effectués, les experts n'ont pas uniformément constaté des signes de fatigue ou de fatigabilité.
- Il est mentionné par ailleurs que l'évaluation au centre de la mémoire relevait que les plaintes n'étaient pas vraiment corrélées par les performances aux différents tests. Dès lors, un tableau anxiodépressif permettant d'expliquer le tableau clinique était suspecté, ce qui a été exclu par le Docteur H. \_\_\_\_\_.
- Il n'y a pas de diagnostic psychiatrique, et le mini CIF app met bien en évidence que les ressources de l'assuré ne sont pas entamées.
- Une majoration des symptômes peut être considérée comme objectivée grâce aux tests de validation effectués lors de l'examen neuropsychologique.

Sur la base de ces éléments, les experts estiment que sur la base des indicateurs jurisprudentiels, il n'y a pas d'éléments probants en faveur d'une atteinte à la santé se répercutant sur la capacité de travail durable ».

Sollicité pour détermination, le Dr M. \_\_\_\_\_ a fait sienne l'appréciation expertale (rapport du 4 mai 2023).

Par projet de décision du 5 mai 2023, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui nier le droit à une rente d'invalidité, au motif que, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2022, une capacité de travail de 100 % était raisonnablement exigible de sa part dans toute activité professionnelle.

Alors représenté par Procap, l'assuré a, par courrier du 9 juin 2023, présenté des objections à ce projet de décision. Contestant la capacité de travail retenue par les experts, il s'est employé à expliquer en quoi leur appréciation n'était pas convaincante. S'agissant tout d'abord d'une journée-type, il a observé qu'à partir du moment où le niveau d'activités quotidiennes et sociales n'était plus similaire à celui d'avant l'atteinte, il aurait fallu réaliser une comparaison détaillée de ces activités ; or les experts ne l'avaient pas fait. En ce qui concernait les ressources, ces derniers les avaient qualifiées de bonnes au vu de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, d'une bonne intégration sociale et de l'aide apportée par l'épouse ; toutefois, l'examen des ressources, capacités et difficultés à l'aide de l'instrument de la mini CIF-APP avaient conduit les experts à retenir des limitations dans les activités spontanées, l'endurance et la résistance. Sur le plan de la cohérence, les médecins du Bureau d'expertises Z. \_\_\_\_\_ affirmaient ne pas avoir vu de signes de fatigue (sauf la Dre X. \_\_\_\_\_ qui mentionnait des traits tirés). Or cette assertion résultait d'une observation réalisée sur une courte durée. Partant, les experts ne pouvaient retenir que la fatigue était exagérée, alors même qu'ils n'avaient pas analysé les constatations effectuées au cours de la mesure de réinsertion, dont il découlait qu'une fatigue avait été observée entre septembre et novembre 2022. C'était dès lors de manière arbitraire qu'ils avaient fixé au mois d'avril 2022 la date à laquelle l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail, au motif qu'il avait effectué un voyage en Colombie pour rendre visite à sa mère souffrante. La date retenue était d'autant plus critiquable qu'aucun des experts ne lui avait demandé comment ce déplacement s'était déroulé. Au vu de ces éléments, l'assuré estimait que l'examen de la capacité de travail à l'aune des indicateurs pertinents était insuffisamment clair et cohérent, si bien qu'il ne permettait pas une appréciation concluante de celle-ci.

Par décision du 10 juillet 2023, l'office AI a entériné son refus de prester, conformément à son projet de décision du 5 mai 2023. Une

lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

**B.**           **a)** Par acte du 8 septembre 2023 (timbre postal), W. \_\_\_\_\_ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision du 10 juillet 2023. Pour l'essentiel, l'assuré s'est employé à décrire les effets délétères du covid long dans différentes sphères de sa vie quotidienne (personnelle, familiale, professionnelle et sociale). Dans ces conditions, il s'étonnait qu'une capacité de travail entière ait pu lui être reconnue, ce d'autant qu'il n'existait pas de traitement efficace contre cette maladie.

**b)** Par décision du 16 octobre 2023, W. \_\_\_\_\_ a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 septembre 2023. Il était exonéré du paiement d'avances et de frais judiciaires, de même que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Odile Pelet, avocate, a été désigné.

**c)** Par écriture du 15 janvier 2024, W. \_\_\_\_\_ a complété son recours en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 9 novembre 2020 sur la base d'une incapacité complète de travail et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision (courrier du 22 janvier 2024).

                  Invoquant la valeur probante insuffisante de l'expertise du Bureau d'expertises Z. \_\_\_\_\_, l'assuré a tout d'abord relevé qu'il n'existait aucun motif d'exclusion, qui empêcherait de conclure à une atteinte à la santé malgré le diagnostic posé de covid long. Les prétendues incohérences citées par les experts psychiatre et neurologue n'en étaient pas et révélaient uniquement leur méconnaissance des particularités du trouble en question. Quant aux tests neuropsychologiques, ils méconnaissaient eux aussi les spécificités de cette pathologie. Les conditions de l'examen n'avaient en outre pas permis une évaluation valable des compétences cognitives, surtout au regard des exigences du

poste occupé, si bien qu'une prétendue incohérence devait être écartée. L'assuré s'est ensuite attaché à analyser le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé à l'aide de différents critères, non sans faire remarquer que cet examen faisait singulièrement défaut dans le cadre de l'expertise du Bureau d'expertises Z. \_\_\_\_\_ ; il a ainsi souligné qu'il n'existait aucun traitement contre le covid long, que les mesures de réadaptation mises en œuvre par l'office AI avaient entraîné une aggravation des symptômes, qu'il n'existait aucune comorbidité physique ou psychique qui aurait un effet éventuel sur les ressources adaptatives et que la reprise d'une activité professionnelle était compromise lorsque les troubles s'étaient manifestés pendant plus de six mois. L'assuré a encore déploré l'absence de comparaison entre le niveau d'activité dans différents domaines de la vie avant l'atteinte à la santé et après la survenance de celle-ci. Or si les experts du Bureau d'expertises Z. \_\_\_\_\_ avaient pris la peine d'effectuer cette démarche, les limitations fonctionnelles rencontrées leur seraient apparues de manière évidente. En effet, la comparaison du niveau d'activité pré- et post-covid permettait d'établir qu'il existait une limitation uniforme et majeure du niveau d'activité comparable dans tous les domaines de la vie, y compris sur le plan professionnel. Enfin, l'assuré a énuméré diverses incohérences et inexactitudes entachant l'expertise du Bureau d'expertises Z. \_\_\_\_\_. Aussi a-t-il sollicité, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire qui devait « impérativement être confiée à des spécialistes qui maîtrisent la problématique du covid long et qui ont l'habitude des spécificités de cette nouvelle maladie ». A l'appui de ses allégations, il a produit un lot de pièces réunies sous l'intitulé « bordereau I ».

**d)** Dans sa réponse du 15 février 2024, l'office AI a expliqué en quoi l'expertise du Bureau d'expertises Z. \_\_\_\_\_ pouvait se voir reconnaître pleine valeur probante. Par ailleurs, il a pris note du fait que des investigations médicales étaient actuellement en cours, ajoutant qu'il ne manquerait pas de soumettre au SMR d'éventuelles pièces médicales pertinentes. Il a conclu au rejet du recours.

**e)** Le 19 février 2024, l'assuré a produit, sous bordereau II, une attestation établie le 2 février 2024 à la suite de deux séances de physiothérapie respiratoire. Il ressortait de ce document que, outre des problèmes respiratoires, il présentait de fortes limitations de la concentration et une durée d'attention extrêmement courte. De plus, l'évaluation de sa fatigue avait conduit à un score de 5,66 sur 7, soit une fatigue importante, puisqu'il dormait en moyenne dix heures la nuit et devait encore faire des siestes en journée. Il avait en outre intégré les principes découlant du pacing quant à la manière de gérer sa maladie et se montrait très investi dans la prise en charge de cette dernière afin que ses symptômes diminuent le plus rapidement possible.

**f)** Par réplique du 8 avril 2024, l'assuré a fait valoir que la position de l'office AI ne résistait pas à l'examen, dès lors que son état de santé n'avait pas évolué ; en effet, le diagnostic de covid long avait été confirmé par divers spécialistes et les symptômes étaient toujours présents, de même qu'il persistait une incapacité totale de travail attestée médicalement et qu'aucun traitement n'était à ce jour disponible. Il a en outre déploré que les experts du Bureau d'expertises Z.\_\_\_\_\_ n'aient pas pris la peine d'investiguer les quelques marqueurs du covid long, en particulier le malaise post-effort, lequel affectait indéniablement la capacité de gain. Selon l'assuré, les indicateurs n'avaient pas non plus fait l'objet d'un examen conforme aux exigences jurisprudentielles. Finalement, il s'est prévalu de divers documents médicaux produits sous bordereau III faisant suite à de nouvelles investigations. Celles-ci incluaient une coloscopie (rapport du 11 janvier 2024), ayant mis en évidence plusieurs abcès, dont l'origine pouvait être due au covid, un bilan somnologique ayant révélé une désaturation en oxygène (rapport du 26 janvier 2024 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie), ainsi qu'un examen neuropsychologique avec un tableau dominé par des déficits attentionnels dont l'intensité contre-indiquaient la conduite automobile (rapport du 15 mars 2024). Au vu de ces éléments, l'assuré a déclaré maintenir les conclusions prises au pied de son mémoire du 15 janvier 2024, de même que sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

**g)** A l'appui de sa duplique du 13 mai 2024, l'office AI a joint l'avis établi le 30 avril 2024 par le Dr M.\_\_\_\_\_. Ce médecin y expliquait pour quels motifs les pièces produites par l'assuré n'avaient pas mis en évidence d'éléments objectifs qui auraient été ignorés des experts du Bureau d'expertises Z.\_\_\_\_\_, ou qui seraient survenus entre la date de l'expertise et celle de la décision attaquée et qui seraient de nature à jeter un doute sur celle-ci. Partant, il a confirmé ses conclusions.

**h)** Dans ses déterminations du 30 mai 2024, l'assuré a relevé que, même si l'office AI ne contestait pas le diagnostic de covid long, il ne s'était pas réellement exprimé sur les symptômes présentés. Or la présence de ces symptômes et leurs conséquences sur la capacité de travail avait été attestée par les rares spécialistes du domaine que sont les médecins de la consultation covid long de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_. A cet égard, il a joint une attestation établie le 10 janvier 2024 par la Dre B.\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique auprès de cet établissement. Cette dernière y relevait que son patient présentait une asthénie importante, des troubles de la concentration et de nombreux autres symptômes, qui le limitaient dans ses activités quotidiennes et sa vie professionnelle. Compte tenu de ces éléments, il était en arrêt maladie à 100 %. L'assuré a confirmé ses conclusions.

**i)** Le 8 juillet 2024, l'assuré a produit un certificat médical établi le 10 juin 2024 par la Dre D.\_\_\_\_\_, médecin auprès de l'Hôpital S.\_\_\_\_\_, et dont la teneur était en tous points identique à l'attestation du 10 janvier 2024.

**j)** Le 7 août 2024, Me Pelet a transmis le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure du 8 novembre 2023 au 5 août 2024, représentant un temps total de 26,04 heures, soit un montant en sa faveur de 5'075 fr. 25.

**E n d r o i t :**

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation, étant précisé que l'intimé a retenu le diagnostic de covid long en considérant qu'il était incapacitant de novembre 2020 jusqu'au 31 mars 2022. A compter du 1<sup>er</sup> avril 2022, l'intéressé avait récupéré une exigibilité entière dans toute activité professionnelle.

**3. a)** 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 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires

en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

**b)** En l'occurrence, un éventuel droit du recourant à une rente d'invalidité prendrait naissance au plus tôt en mai 2022, soit six mois après le dépôt de sa demande du 9 novembre 2021 (art. 29 al. 1 LAI). Ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022 qui s'appliquent.

**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 marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** 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).

**5. 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).

**6. a)** En l'espèce, il ressort du rapport établi le 12 mai 2022 par la Dre I. \_\_\_\_\_ que le recourant souffre, depuis le 9 novembre 2020, d'un syndrome post-covid 19 (covid long) à l'origine d'une incapacité totale de travail en toute activité depuis lors, ce qui n'est au demeurant pas contesté par les experts du Bureau d'expertises Z. \_\_\_\_\_.

**b)** Autre est la question de savoir si la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée s'est améliorée depuis le mois d'avril 2022, comme le retiennent les experts, c'est-à-dire depuis un voyage de trois semaines effectué par l'assuré en Colombie en raison de l'état de santé de sa mère. De son propre aveu, il a dû se faire accompagner à l'aéroport, presque jusqu'à l'avion, par un proche qui s'est occupé de tous ses papiers et qui l'a confié à une hôtesse d'accueil comme un enfant en lui demandant de le guider jusqu'à sa place. Il a pareillement été assisté lors de l'escale en Espagne. Enfin, arrivé en Colombie, ses proches sont venus l'accueillir à l'aéroport pour le conduire au domicile de ses parents, qu'il n'a pas quitté de tout son séjour. Il n'a pas fait d'excursion, ni de tourisme, pas plus qu'il n'a rendu visite à des connaissances. Il s'est contenté de rester auprès de sa mère, dont le pronostic vital était engagé. Or les experts n'ont pas questionné l'intéressé sur les circonstances et les conditions de ce voyage. Il s'ensuit que l'amélioration dont ils ont fait état n'est pas démontrée. Quoi qu'il en soit, le rapport d'expertise du Bureau d'expertises Z. \_\_\_\_\_ ne saurait de toute manière emporter la conviction pour les motifs qui suivent.

**aa)** Les examens cliniques psychiatrique, de médecine interne et neurologique ont eu lieu les 19 et 23 janvier ainsi que 2 mars 2023 et ont duré 50 minutes, 1 heure 40 et 30 minutes. Si la Dre X. \_\_\_\_\_ a constaté à cette occasion des traits tirés chez le recourant, celui-ci a au contraire paru vif et non fatigable au Dr R. \_\_\_\_\_, tandis que le Dr H. \_\_\_\_\_ n'a constaté ni fatigue ni fatigabilité, pas plus qu'il n'a observé de ralentissement de la gestuelle ou de faciès figé. L'expert psychiatre a ainsi retenu des incohérences, dans la mesure où le recourant se plaignait d'une fatigue importante, sans toutefois avoir pu l'observer lors de son entretien. Il a du reste relevé que l'intéressé se déplaçait aisément et avec

un certain dynamisme. De son côté, le Dr R.\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun déficit objectivable, ce qui l'a conduit à évoquer une majoration des symptômes, et seule la Dre X.\_\_\_\_\_ a retenu, entre autres limitations fonctionnelles, une fatigue accrue. Les experts ont dès lors déduit des discordances entre les trois expertises, puisque seule la Dre X.\_\_\_\_\_ a fait état de signes de fatigue. Or ils ne sauraient tirer des conclusions sur l'état de fatigue du recourant, dès lors que chaque examen clinique s'est déroulé à une date différente et qu'il a duré de 30 à 100 minutes. Par ailleurs, si le Prof. J.\_\_\_\_\_ a évoqué une fatigue aléatoire (rapport du 8 novembre 2021), la Dre I.\_\_\_\_\_ a explicitement fait mention d'une fatigue fluctuante certains jours (rapport du 12 mai 2022).

**bb)** S'agissant des plaintes formulées par le recourant, elles sont principalement dominées par une fatigue, une hypersomnie, des céphalées, une dyspnée ainsi que des troubles digestifs sous forme de diarrhées. Les experts indiquent que le diagnostic de syndrome du covid long se fonde sur un tableau subjectif, puisque le diagnostic différentiel n'explique pas ces symptômes par une autre affection médicale. Or les examens mis en œuvre par la Dre I.\_\_\_\_\_ et l'Hôpital S.\_\_\_\_\_ démontrent qu'il ne s'agit pas de symptômes subjectifs, ni d'une majoration de symptômes. Sur le plan gastro-entérologique, le rapport de coloscopie du 11 janvier 2024 a en effet conclu à un aspect endoscopique évoquant une possible atteinte discrètement inflammatoire du côlon ascendant avec iléon et reste du côlon d'aspect normal, tandis que l'examen anatomo-pathologique réalisé le même jour a mis en évidence des lésions inflammatoires dans le côlon droit d'origine possiblement infectieuse. L'assuré se plaignant aussi depuis l'infection à SARS-CoV-2 d'asthénie et de somnolence diurnes, un bilan somnologique a été réalisé par le Dr V.\_\_\_\_\_ (rapport du 26 janvier 2024). Cet examen a mis en évidence une dyssomnie respiratoire, laquelle pouvait participer aux troubles de l'éveil et du sommeil ; il a également révélé des désaturations, lors desquelles la saturation en oxygène descendait jusqu'à 89 %. De leur côté, les Dres D.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ont attesté que le recourant était atteint d'un syndrome de covid long depuis 2020 et qu'il faisait pour cette raison l'objet d'un suivi à leur consultation, compte tenu notamment d'une

asthénie, de troubles de la concentration et de nombreux autres symptômes. Aussi, en présence d'un covid long qui n'est pas contesté, on saisit mal en quoi les ressources retenues (connaissances de deux langues, s'occuper de ses deux enfants [nés en 2015 et 2016] en début de matinée et en fin d'après-midi) peuvent permettre de surmonter la fatigue sévère présentée par l'assuré, soit dix heures de sommeil par nuit et le besoin de faire des siestes (attestation du 2 février 2024), respectivement lui permettre de reprendre son activité habituelle au regard des exigences du poste (cf. document intitulé « description du poste » signé par l'assuré le 16 août 2012).

**c)** Il n'en demeure pas moins que le recourant présente - comme cela a été fréquemment constaté dans le cadre d'une affection post-covid 19 et comme cela est attesté par ses médecins traitants - notamment une diminution de la tolérance à l'effort, un état de fatigue général, une dyspnée et un manque de force (cf. rapports des Drs J.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_ des 8 novembre 2021 et 12 mai 2022), l'amélioration étant lentement favorable depuis quelques mois (cf. rapport d'expertise du Bureau d'expertises Z.\_\_\_\_\_ du 2 mai 2023, p. 6). Or force est de constater que les experts du Bureau d'expertises Z.\_\_\_\_\_ passent sous silence cette problématique et ne la confrontent pas à la littérature médicale - pourtant abondante (cf. notamment les nombreuses publications liées au covid-19 regroupées dans une rubrique spéciale créée par la Revue Médicale Suisse, disponible à l'adresse <https://www.revmed.ch/covid-19>) - relatives à cette question.

**d)** Quant aux autres appréciations médicales au dossier, elles ne permettent pas à la Cour de céans de se forger une opinion suffisante, relativement aux atteintes potentiellement invalidantes à la santé psychique et somatique de l'assuré, ni en regard de la capacité de travail qui en découle dans une activité adaptée. Si la Dre D.\_\_\_\_\_ retient le syndrome de covid long depuis 2020 et confirme un arrêt de travail en raison d'une asthénie importante, de troubles de la concentration et de nombreux autres symptômes, elle ne détaille pas les atteintes avec un effet potentiellement invalidant, ni ne chiffre la capacité de travail offerte

dans un emploi adapté aux restrictions retenues, lesquelles ne sont du reste pas précisées. Concernant les autres sources disponibles (rapport de coloscopie établi le 11 janvier 2024, bilan somnologique établi par le Dr V. \_\_\_\_\_ le 26 janvier 2024 et rapport d'examen neuropsychologique du 15 mars 2024), elles n'appréhendent que les aspects relevant de leur spécialisation et ne permettent ainsi pas une évaluation coordonnée globale de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée notamment.

**e)** En l'état du dossier, il n'est pas possible de trancher la question de savoir si le recourant présente postérieurement au 1<sup>er</sup> avril 2022 une amélioration de son état de santé, le dossier étant incomplet. Il y a ainsi lieu d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, 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, pour qu'il en complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision. Il devra tout d'abord solliciter un rapport de la Dre D. \_\_\_\_\_ à l'Hôpital S. \_\_\_\_\_, laquelle suit précisément l'assuré pour le syndrome du covid long dans une consultation spécialisée afin qu'elle se détermine notamment sur l'évolution de la capacité de travail de son patient dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée (notamment dès le 1<sup>er</sup> avril 2022). En fonction de la qualité du rapport transmis, il appartiendra à l'intimé d'examiner si une nouvelle expertise psychiatrique (avec volet neuropsychologique) et de médecine interne à tout le moins devra être mise en œuvre.

**7.** En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**8. 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. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**b)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 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.

**c)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**d)** Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'un conseil d'office en la personne de Me Odile Pelet. Contrôlée d'office, la liste des opérations déposée par l'avocate le 7 août 2024, qui fait état de 26,04 heures consacrées à la présente procédure, ne peut être entièrement suivie. L'activité déployée dépasse en effet ce qu'admet la pratique de la Cour de céans dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, la comptabilisation de sept heures pour l'étude du dossier et de dix heures pour la rédaction du complément au recours est manifestement excessive. Un total de vingt heures de travail paraît amplement couvrir le temps nécessaire à la résolution du litige.

Pour l'année 2023, il convient d'arrêter la durée totale des opérations effectuées à 3 heures et 20 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit un montant s'élevant à 600 fr. auquel il y a lieu d'ajouter les débours fixés

forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe (art. 3<sup>bis</sup> al. 1 RAJ) et la TVA au taux de 7,7 %, soit un montant de 678 fr. 50.

Pour l'année 2024, il y a lieu d'arrêter la durée totale des opérations effectuées à 16 heures et 40 minutes au tarif horaire de 180 fr., soit un montant s'élevant à 3'000 fr. auquel il y a lieu d'ajouter les débours fixés forfaitairement à 5 % du défraiement hors taxe et la TVA au taux de 8,1 %, soit un montant de 3'405 fr. 15.

L'indemnité totale sera donc arrêtée à 4'083 fr. 65.

Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 1'083 fr. 65 est provisoirement supporté par l'Etat (cf. art. 122 al. 2 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser la somme de 1'083 fr. 65 dès qu'il sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera à la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes d'en fixer les modalités (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 10 juillet 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W.\_\_\_\_\_ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.
  
- V.** L'indemnité d'office de Me Odile Pelet, conseil de W.\_\_\_\_\_, est fixée à 4'083 fr. 65 (quatre mille huitante-trois francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris.
  
- VI.** Le montant de 1'083 fr. 65 (mille huitante-trois francs et soixante-cinq centimes), non couvert par les dépens, est provisoirement mis à la charge de l'Etat.
  
- VII.** W.\_\_\_\_\_ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement du solde de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Odile Pelet, avocate (pour W. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :