

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2020

Composition : M. NEU, président
MM. Küng et Peter, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Le 23 janvier 2013, F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente). Il était à l'arrêt de travail depuis le 26 septembre 2012 et licencié de son poste de chef de chantier au 31 janvier 2013, en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive liée à l'annonce d'un diagnostic de séropositivité au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) en août 2012 (dossier médical de l'assuré constitué par [...] SA [pièce 12]).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assuré. Dans un rapport du 2 mai 2013, les Dres M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et A._____, médecin-assistante, du Service de psychiatrie de liaison au CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois), ont posé les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et trouble anxieux, sans précision (F40.9), depuis octobre 2012. Dans leur anamnèse, ces médecins ont décrit une thymie effondrée avec des pleurs quotidiens, une anhédonie sévère, un sentiment de culpabilité et de dévalorisation, des idées suicidaires fluctuantes avec toutefois la capacité à s'engager dans un contrat de non passage à l'acte, une inversion du rythme nyctéméral avec des troubles du sommeil notoires, des angoisses récurrentes, des ruminations incessantes, une irritabilité, et un isolement social important, notamment en raison de sentiments de honte en lien avec l'atteinte cutanée (prurigo nodulaire), des troubles de la concentration et une diminution marquée de la motivation. Pour ces médecins, si l'assuré n'était pas apte à travailler, une amélioration était attendue une fois l'état somatique et psychiatrique stabilisé. Le traitement intégré consistait en un entretien tous les dix jours alliant la prise d'un antidépresseur (Cipralex® 20 mg./j.) et d'un somnifère (Dormicum® 15 mg au coucher). Les Dres M._____ et A._____ préconisaient une prise en charge

psychothérapeutique à long terme pour aider l'intéressé « à récupérer de la crise actuelle et à améliorer son fonctionnement personnel et du coup professionnel ».

A l'automne 2013, en accord avec sa psychiatre de l'époque (la Dre G. _____ à [...]), l'assuré a bénéficié de la part de l'OAI d'une mesure de réinsertion professionnelle auprès de la [...], à [...]. De son côté, l'intéressé n'a pas donné suite (note d'entretien du 3 avril 2014 de l'OAI).

Dans un rapport du 9 octobre 2014 à l'OAI, la Dre Z. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre de Psychiatrie et Psychothérapie J. _____ à [...], a confirmé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), en y ajoutant un trouble mixte de la personnalité, à traits dépendants et borderline (F61.0), et un syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue (F12.25). L'assuré était décrit comme tendu, présentant un fort sentiment d'injustice, des idées suicidaires intermittentes avec scénario d'armes à feu, en colère avec une perte d'espoir en l'avenir, disant se sentir perdu avec « sa vie à la dérive ». Il n'acceptait pas sa maladie, en avait honte. Il présentait par moments une attitude méfiante, avec un discours projectif. Il montrait en outre des difficultés de concentration, une fatigabilité importante, une labilité émotionnelle, une perturbation du rythme nyctéméral, une incapacité à gérer le stress (irritabilité, accès de pleurs, incapacité à gérer les conflits), un ralentissement psychique, une aboulie, des difficultés importantes au niveau relationnel (peur du regard des autres, sentiment de honte et de dévalorisation, méfiance) et une difficulté à s'adapter au changement. Il consommait jusqu'à trente joints de cannabis par jour. Pour ce médecin, le pronostic de l'épisode dépressif demeurait bon malgré sa durée, alors que le pronostic du trouble de la personnalité était réservé et celui du syndrome de dépendance au cannabis était moyen compte tenu des traits de personnalité de l'intéressé et de la durée de l'addiction ; le pronostic global restait réservé. La médication demeurait inchangée (Ciprallex® et Dormicum®). La Dre Z. _____ attestait d'une incapacité de travail de 80 % depuis le 6 août 2014.

Aux termes d'un rapport médical du 7 janvier 2015 à l'OAI établi sur la base de ses observations de mars 2013 à janvier 2014, la Dre G. _____ a fait état de diagnostics identiques à ceux retenus par la Dre Z. _____. L'assuré était décrit comme profondément triste avec des difficultés à se projeter dans l'avenir, présentant des idées noires en lien avec le pronostic incertain de sa maladie. Il se sentait envahi par des angoisses sévères qu'il gérait avec la prise excessive de benzodiazépines et de cannabis ainsi qu'une consommation occasionnelle de cocaïne. Le pronostic était qualifié de « plutôt favorable, mais une anxiété avec une fluctuation de l'humeur pouv[ai]ent être observés ». Le traitement prescrit par la Dre G. _____ alliait la prise de Cipralax® (10 mg [1 cp./j.]), Xanax® (0,5 mg [3 cp./j.]) et Zoldorm® (12,5 mg [1 cp./j.]), avec la précision que l'assuré supportait mal les antidépresseurs.

Entre-temps, une nouvelle mesure de réinsertion professionnelle (entraînement à l'endurance) a été proposée par l'OAI auprès de [...], à [...], du 20 octobre 2014 au 18 janvier 2015. Cette mesure a toutefois dû être interrompue, en raison de la détérioration de l'état de santé psychique de l'assuré (formulaire d'évaluation du 18 novembre 2014 de [...] ; « REA - Rapport final » du 20 novembre 2014).

Après avoir requis le point de vue du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) sur les renseignements médicaux recueillis à son dossier (avis du 9 décembre 2014 du Dr E. _____), l'OAI a confié une expertise psychiatrique à la Dre B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a établi son rapport le 21 octobre 2015. Elle a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une personnalité dépendante, se manifestant sur un mode dépressif voire anxieux à caractère réactionnel (F60.7 et F43.22). Sans répercussion sur la capacité de travail, cette experte a posé le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement de substances psychoactives multiples, avec abstinence actuelle partielle annoncée (F 19.26). Elle a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité depuis l'arrêt de travail total le 26 septembre 2012, dans un contexte d'effondrement psychique. Elle a

estimé que l'interruption de la dernière mesure de réinsertion professionnelle en novembre 2014 ne se justifiait pas sur le plan psychiatrique et que, moyennant un soutien de la part de l'OAI, l'expertisé disposait des ressources pour retrouver une capacité de travail entière au plus tard dans un délai de six mois dès la fin des mesures d'ordre professionnel.

Dans un rapport médical du 1^{er} décembre 2015, le Dr E._____, du SMR, a retenu, comme atteinte principale à la santé, une personnalité dépendante, se manifestant sur un mode dépressif voire anxieux à caractère réactionnel (F60.7) avec, comme pathologies associées non du ressort de l'AI, une séroposivité VIH, des troubles mentaux et du comportement liés à une consommation de substances psychoactives multiples, abstinence partielle actuelle. Le médecin du SMR a estimé que l'incapacité de travail était de 100 % jusqu'au 20 octobre 2014, de 50 % dès le 20 octobre 2014, puis nulle dès le 1^{er} avril 2015 dans toute activité, dont celle habituelle de chef de chantier, moyennant un milieu soutenant tel que celui de la mesure de réinsertion professionnelle mise en place dès le 20 octobre 2014.

Une nouvelle mesure de réinsertion professionnelle a été mise en œuvre par l'OAI à l'Orif de [...], pour laquelle l'assuré s'est présenté le 26 avril 2016. La visite du centre de formation professionnelle n'a pas pu s'achever en raison du mal-être et du désarroi de l'intéressé, par le biais de signes perceptibles (grande agitation, tremblements et appel à l'aide), amenant même ses interlocuteurs à douter de sa capacité à rentrer à son domicile (rapport du 27 avril 2016 relatif à la visite de la section Electricité de l'Orif de [...] le jour précédent).

Le début de la mesure de réinsertion (réentraînement au travail en externat dans la section Electricité de l'Orif de [...]) projeté au 6 juin 2016 a été mis en échec. L'assuré ne s'y est pas présenté et a remis un certificat médical établi le 12 mai 2016 par le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant d'un arrêt de travail à 100 % du 1^{er} février au 30 juin 2016.

Dans un rapport du 5 octobre 2016 à l'OAI, le psychiatre traitant (Dr V. _____) a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode moyen (à sévère) avec syndrome somatique (F33.11), et trouble de la personnalité borderline (F60.31). Sous la rubrique « anamnèse / constat médical » du rapport, la situation de l'assuré, sous curatelle civile instaurée depuis l'automne 2015, était décrite comme très compliquée sur tous les plans. Souvent il ne pouvait se rendre à ses consultations en raison de crises d'angoisse ou d'épisodes de profond désespoir, ou alors il ruminait des idées suicidaires ou se sentait trop honteux des lésions cutanées qu'il présentait ou de ses démangeaisons liées à la gale. Cliniquement, le Dr V. _____ le décrivait comme ralenti sur le plan psychomoteur, avec des difficultés de concentration, et perdant parfois le focus. La thymie était triste, voire effondrée. L'assuré était souvent en pleurs avec un discours attaché au concret, dans l'immédiat. Il montrait peu de capacités à prendre du recul et à se distancer de ses émotions ; le sentiment de victimisation prenait une ampleur importante et occupait tout l'espace psychique. Le sentiment de colère et d'injustice était omniprésent. Incapable de se remettre en question, l'intéressé fonctionnait « dans le tout ou rien, le bon-mauvais objet ». Il présentait des troubles sévères du sommeil avec une importante anhédonie et aboulie. Il se renfermait sur lui-même, se sentait observé, jugé et honteux de son image. Les idées suicidaires étaient récurrentes, parfois dans le contexte d'une aggravation de la symptomatologie dépressive ou alors en relation avec ses revendications. Il était incapable de se projeter dans l'avenir et ne semblait pas avoir les ressources pour surmonter ses difficultés. Le traitement intégré alliait un entretien psychiatrique par semaine et la prise de Sertraline® (100 mg, 1/j.) et de Dormicum® (2 cps./j.). Le rapport du Dr V. _____ se termine comme suit :

“Mes observations cliniques m'amènent à poser le diagnostic de trouble de personnalité de type borderline. En effet, la relation à l'autre ne correspond pas au fonctionnement trouble de personnalité dépendante.

L'état dépressif est estimé d'intensité moyenne à sévère actuellement. Ce diagnostic a déjà été évoqué en 2012 par le service de psychiatrie ambulatoire à [...]. Force est de constater que depuis quatre ans, la situation ne s'est guère améliorée hormis les constatations de l'Expert qui a effectué son évaluation en octobre 2015. Ici, il faut relever que M. F. _____ a bénéficié d'une prise en charge à [...] en juillet 2015 ce qui pourrait expliquer l'amélioration de l'état clinique observé[e] par l'Expert. A mon humble avis, un état dépressif dont les symptômes persistent depuis au minimum quatre ans maintenant ne devrait pas être considéré comme l'état dépressif "réactionnel".

Le traitement actuel apporte un soutien et un espace de parole pour que M. F. _____ exprime les émotions et [permet] de vider les problèmes émotionnels. Un travail thérapeutique d'élaboration n'est pas accessible. La comorbidité d'un trouble de personnalité borderline n'est pas à négliger dans cette situation. Il ne faut pas non plus banaliser le risque suicidaire en raison de la fluctuation de la dépression mais aussi de l'impossibilité de gérer les émotions.

En plus, dans le cas présent, plusieurs facteurs importants concourent à bloquer l'accessibilité au traitement psychothérapeutique à savoir : les problèmes dermatologiques (prurigo nodulaire, la gale), la blessure narcissique, des problèmes sociaux et des conflits interpersonnels."

Aux termes d'un rapport du 16 novembre 2016 à l'OAI, le Dr Q. _____, généraliste, retenait les mêmes diagnostics. Estimant l'assuré inapte à reprendre une activité professionnelle, avec la nécessité de poursuivre le traitement psychiatrique instauré, le médecin traitant élaborait une compréhension de la situation de l'assuré superposable à celle évoquée par le Dr V. _____.

Selon un rapport du 26 janvier 2017 à l'OAI de la Dre D. _____, médecin-assistante, du Service de dermatologie au CHUV, ainsi que ses annexes, les diagnostics dermatologiques étaient un purigo nodulaire et un status post gale en mars 2016, avec récurrence en août 2016, dont l'impact personnel et social était alors important, avec un trouble dépressif manifesté entre autres par des idées suicidaires. L'assuré était peu compliant au traitement proposé.

La mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique suggérée à l'automne 2016 par le SMR (avis du 25 octobre 2016 du Dr E. _____) ne s'est pas concrétisée, au motif que le Dr V. _____ n'apportait aucun élément nouveau de nature à douter du bien-fondé des

constatations et conclusions de l'experte B._____ (avis juriste du 6 février 2017 de l'OAI).

Dans un rapport du 24 mai 2017 à l'OAI, les Drs T._____, spécialiste en médecine interne générale et en infectiologie, et I._____, médecin-assistant, du Service des maladies infectieuses au CHUV, ont attesté d'une infection HIV depuis 2012. Un traitement antirétroviral avait été mis en place depuis 2013 puis modifié le 10 avril 2017, en raison des plaintes invalidantes de l'assuré sous la forme de douleurs abdominales, diarrhées et vomissements, avec peu d'effets bénéfiques, l'intéressé étant « toujours extrêmement invalidé par ses plaintes digestives ».

Par projet d'acceptation de rente du 30 mai 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il allait lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} septembre 2013 au 31 janvier 2015, à une demi-rente du 1^{er} février au 30 juin 2015 (soit trois mois après fixation de l'exigibilité à 100 %), la rente étant supprimée dès le 1^{er} juillet 2015. Ses constatations étaient les suivantes :

“Depuis le 26 septembre 2012 (début du délai d'attente d'un an), la capacité de travail de Monsieur F._____ s'est considérablement restreinte.

Son état de santé s'est par la suite progressivement amélioré.

Dans le cadre des mesures professionnelles, Monsieur F._____ a bénéficié d'un entraînement à l'endurance auprès de [...] à [...], mesure interrompue le 18 janvier 2015 en raison de son état de santé. Durant cette période Monsieur F._____ a perçu des indemnités journalières de l'assurance-invalidité.

[...]

Le 6 octobre 2015 Monsieur F._____ a participé à une expertise psychiatrique à [...].

Après s'être engagé par écrit à participer aux mesures de réinsertion et de collaborer activement à ces dernières, Monsieur F._____ s'est rendu le 26 avril 2016 auprès de l[...] à [...] pour une visite en vue d'entreprendre une mesure de réinsertion. Toutefois, cette nouvelle mesure n'a pas pu débuter le 6 juin 2016 comme prévu, Monsieur F._____ ne s'étant pas présenté et ayant envoyé un nouveau certificat médical.

Nous avons repris l'instruction du dossier et avons obtenu des nouveaux rapports médicaux.

Sur la base de l'ensemble des pièces au dossier, nous constatons qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 26 septembre 2013, l'état de santé de Monsieur F. _____ justifiait une incapacité de travail et donc un degré d'invalidité de 100 % jusqu'au 20 octobre 2014, puis de 50 % du 21 octobre 2014 au 31 mars 2015.

Dès le 1^{er} avril 2015, la capacité de travail exigible de Monsieur F. _____ est de 100%.

Le droit aux prestations de l'assurance-invalidité n'est donc plus ouvert.”

Dans le cadre de ses objections du 26 juin 2017 sur ce préavis, l'assuré, par l'entremise de Procap, a transmis un rapport du 26 juin 2017 du DrV. _____, dont on extrait ce qui suit :

“J'ai pris en charge Monsieur F. _____ depuis le 30 mars 2016, étant donné que Monsieur F. _____ veut se rapprocher [d'][...] pour le suivi psychiatrique. En date du 5 octobre 2016 j'ai effectué un rapport médical demandé par [l']AI dans lequel j'ai posé le diagnostic suivant :

- F33.11 Trouble dépressif récurrent épisodes de moyen à sévère avec syndrome somatique
- F60.31 Trouble de la personnalité borderline.

Depuis deux mois maintenant la situation s'est détériorée. Monsieur F. _____ est dans une phase dépressive important[e]. Sur le plan clinique, l'humeur est dépressive, il rumine est acting et des scénarii suicidaire, aucune remise en question, ni de changement n'est possible tant qu'il se positionne en victime et il est impossible de mobiliser ses ressources. Les limitations fonctionnelles sont les suivant[e]s : troubles de la concentration, l'humeur instable, trouble volitif, surajoutant ces derniers temps le sentiment de persécution, les idées de concernement et un discours de revendication.

Dans le sentiment de détresse psychique actuelle, un passage à l'acte auto ou hétéro agressif n'est pas exclu.

Actuellement sa capacité de travail est de 0 %.”

L'opposant demandait à l'OAI de poursuivre l'instruction médicale du cas par la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrique et somatique) pour déterminer la nature et les répercussions de l'atteinte psychique ainsi que des effets du traitement de la trithérapie.

Un avis juriste du 23 août 2017 a conclu qu'un complément d'instruction médicale ne se justifiait pas, et que les arguments avancés n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé du projet de décision contesté, lequel devait par conséquent être intégralement confirmé.

Les 6 septembre et 17 octobre 2017, complétant son opposition, l'assuré a dit présenter une « situation physique, psychique et mentale ne [lui] permet[tant] pas de retrouver une vie active sociale dans cette société ». Il a insisté sur la nécessité de réexaminer son droit à la rente de l'assurance-invalidité.

Par décision du 20 octobre 2017, l'OAI a entériné le projet d'acceptation d'une rente entière du 1^{er} septembre 2013 au 31 janvier 2015 et d'une demi-rente du 1^{er} février au 30 juin 2015, avec la suppression de la rente dès le 1^{er} juillet 2015. La motivation était identique à celle de son projet du 30 mai 2017.

B. Par recours déposé le 18 novembre 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, F._____ a conclu à la réforme de la décision précitée en ce sens qu'il a droit à une rente entière sans limitation de durée. Il a fait valoir que l'OAI avait sous-estimé les répercussions sur son état de santé psychique et physique de son traitement de trithérapie. Il a allégué ne pas avoir pu suivre les mesures de réinsertion mises en place en 2016, en raison de son incapacité de travail totale attestée par le Dr V._____. Il a informé être hospitalisé au Centre de psychiatrie du [...] ([...]) du CHUV à [...], depuis le 15 novembre 2017 et pour une durée indéterminée, en raison d'une aggravation considérable de son état de santé. Le recourant a requis, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise « indépendante » par le tribunal.

Dans sa réponse du 7 février 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée, avec la

précision qu'une aggravation postérieure à la décision querellée devait, le cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle demande.

Aux termes de sa réplique du 19 février 2018, le recourant, désormais représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a complété ses précédentes conclusions en demandant à titre subsidiaire, l'annulation de la décision attaquée et le renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants.

L'intimé a dupliqué le 14 mars 2018, confirmant ses précédentes conclusions.

De mars à novembre 2018, les parties ont échangé des déterminations sur divers rapports médicaux produits par les médecins consultés et par leurs homologues du SMR.

C. Le 18 février 2019, le magistrat instructeur a confié à la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de F._____. Se fondant sur ses propres examens cliniques et contacts téléphoniques avec les médecins consultés ainsi que sur l'analyse du dossier médical constitué, l'experte a rendu son rapport le 5 novembre 2019. Celui-ci résume les pièces médicales et administratives versées au dossier, procède d'une anamnèse psychosociale et professionnelle, relate l'évolution des troubles somatiques et psychopathologiques de l'assuré, décrit sa vie quotidienne et sociale, rapporte ses plaintes et rend compte du status clinique. L'experte a retenu, sur la base de son analyse, les diagnostics suivants :

“Diagnostics (CIM-10) ayant une répercussion sur la capacité de travail :

Trouble délirant (F22.0)

Trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F33.1)

Diagnostic (CIM-10) sans répercussion sur la capacité de travail :

Syndrome de dépendance à de multiples substances psycho-actives (sédatifs, cannabis), utilisation continue (F19.25)”

Au titre de ses conclusions, l'experte a notamment retenu les éléments suivants :

“Depuis le 26 septembre 2012, date de sa première attestation d'incapacité de travail, la capacité de travail de M. F._____ est nulle, que ce soit dans son activité habituelle ou dans toute autre activité, y compris dans une mesure de réinsertion. L'annonce de sa séropositivité a entraîné l'éclosion d'une psychose qui l'a rendu inapte au travail en raison de ses interprétations délirantes de la réalité, que ce soit au niveau de ses problèmes somatiques ou dans sa manière persécutoire de vivre les interactions avec autrui. Associée à sa paranoïa délirante, il présente une symptomatologie dépressive qui le rend aussi inapte à toute activité lucrative.
[...]

Le trouble délirant répond mal aux traitements médicamenteux et toute tentative de remise en question sera interprétée comme persécutoire, accentuant encore la paranoïa. La seule option thérapeutique est un traitement de soutien sur le long cours, qui dans le cas de M. F._____ pourra peut-être atténuer son mal-être, mais certainement pas enrayer la maladie, ni l'amener à recouvrer une santé psychique lui permettant de reprendre une activité professionnelle.”

Dans ses déterminations du 13 novembre 2019, le recourant a fait siennes les conclusions de l'experte L._____, en réfutant la reprise d'une activité professionnelle à moyen et long terme au vu d'un trouble délirant totalement incapacitant depuis le 26 septembre 2012. Il a par conséquent maintenu ses conclusions tendant à la réforme de la décision querellée dans le sens de son droit à une rente entière, sans limite dans le temps.

Le 27 novembre 2019, l'office intimé a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, en contestant la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 5 novembre 2019. Il produit un avis SMR du 20 novembre 2019 du Dr X._____, auquel il se rallie, et qui se termine comme suit :

“Discussion : Sur le plan de la thymie, nous n'avons pas d'éléments nouveaux permettant de nous écarter de l'appréciation de la Dre B._____. Par la suite, les éléments qui permettraient de constater une aggravation constante du trouble sont peu évidents, avec, malgré des plaintes constantes de l'assuré, des fluctuations importantes dans la sévérité des diagnostics et des traitements spécifiques, des diminutions et des interruptions de traitement, une absence d'hospitalisations significatives. L'assuré décrit par ailleurs des difficultés morales à la reprise de sa vie professionnelle

ordinaire faisant suite au retour d'un long séjour en Thaïlande, et avant l'annonce de sa séropositivité. Le mode de vie actuel de l'assuré semble davantage en lien avec une marginalisation due à un déconditionnement entretenu par l'attente de prestations sociales qu'avec un état dépressif intrinsèque d'une gravité incapacitante.

Concernant le trouble délirant, on note que l'assuré déclare que déjà « même en Thaïlande on m'appelait le fou », suggérant des particularités caractérielles de longue date. Suite à sa séroconversion, un trouble délirant n'a pas été évoqué même en janvier 2019 lorsque le psychiatre traitant ne diagnostiquait aucun symptôme psychotique. A la lecture de la récente expertise, on ne retient aucun signe psychotique floride, les différents propos « délirants » attribués à l'assuré pouvant relever de croyances bizarres et paranoïdes, comme une suspicion de « complots », fréquemment rencontrées dans la population ou étant associées à un trouble schizotypique non-incapacitant et pouvant être co-produit avec un trouble borderline. On ne constate pas que le discours de l'assuré soit franchement psychotique, avec par exemple un vol des pensées ou la certitude d'être filmé en permanence. Il n'est pas exclu que la marginalisation de l'assuré, la situation conflictuelle avec des assurances et la consommation de psychotrope puissent alimenter le caractère atypique de ses discours.

Les éléments recueillis dans la récente expertise confirment la présence de dépendances à plusieurs psychotropes. L'attitude de l'assuré durant le 3^{ème} entretien pouvant être mise en lien avec un syndrome de manque, dans le cas où l'assuré se serait abstenu ponctuellement par appréhension d'un contrôle urinaire inopiné. L'importance de ces dépendances ne nécessite néanmoins aucun sevrage selon l'expert.

Après analyse de l'ensemble des éléments à disposition, la situation paraissant la plus vraisemblable est que l'assuré soit atteint d'un trouble de la personnalité borderline (contrairement à l'expert nous estimons que l'assuré présente une appétence pour les relations toxiques et une certaine impulsivité) non-incapacitant, d'une intensité à la limite d'un trouble caractériel prononcé. Dans le contexte d'un long séjour en Thaïlande, un déconditionnement au travail s'est initié, puis s'est aggravé par une décompensation sur un mode dépressif réactionnel à l'annonce d'une séropositivité. Depuis lors, le déconditionnement psychique s'est accentué par une marginalisation et un enkystement dans une situation asséculo-logique conflictuelle entretenue par l'attente de prestations, ainsi que par la consommation de toxiques. Nous ne mettons pas en évidence d'aggravation significative de l'état psychique, au moins jusqu'à la décision de 2017. A l'avenir, il n'est pas exclu que la poursuite de la consommation de substances, la désinsertion et la situation conflictuelle entretenue par l'assuré favorisent l'émergence d'un trouble psychique plus grave.

Par ailleurs, il paraît nécessaire de prendre note que l'assuré a proféré des menaces d'homicide à l'encontre du personnel de l'AI, une obligation de soins pouvant s'avérer nécessaire dans le cas où ces propos seraient finalement retenus comme attribuables à une maladie psychique.

Enfin, bien que n'étant pas retenus comme incapacitants par l'experte-psychiatre, des dépendances au cannabis et aux benzodiazépines engendrent formellement une inaptitude à la conduite automobile."

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 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 point de savoir si l'intimé était fondé, par sa décision du 20 octobre 2017, à limiter le versement d'une rente entière du 1^{er} septembre 2013 au 31 janvier 2015 et d'une demi-rente du 1^{er} février au 30 juin 2015, avec la suppression de la rente dès le 1^{er} juillet 2015. Le recourant estimant, pour sa part, qu'il présente une aggravation de son état de santé lui ouvrant le droit à une rente entière, sans limite dans le temps.

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 un

marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

b) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (VALTERIO, Commentaire : Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 6 *ad* art. 31 LAI et réf. cit. p. 495). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification

notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et réf. cit. ; TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et réf. cit.).

Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3068 et réf. cit. p. 833 s. ; cf. également TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et réf. cit.).

c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

f) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de

manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

4. a) En l'espèce, il convient dès lors d'examiner si, par sa décision du 20 octobre 2017, l'OAI était fondé à limiter le versement d'une rente entière du 1^{er} septembre 2013 au 31 janvier 2015 et d'une demi-rente du 1^{er} février au 30 juin 2015, puis supprimer la rente dès le 1^{er} juillet 2015, au motif que le recourant bénéficie d'une capacité de travail entière dans toute activité adaptée, telle celle habituelle, depuis le 1^{er} avril 2015. Cette analyse se fondait notamment sur les conclusions de l'expertise psychiatrique confiée par l'administration à la Dre B._____, dont le rapport a été rendu le 21 octobre 2015.

Le recourant conteste, pour sa part, être en mesure de retravailler compte tenu de son état de santé déficient. Il s'en remet à cet effet au rapport d'expertise psychiatrique judiciaire du 5 novembre 2019 de la Dre L._____ retenant un trouble délirant totalement incapacitant depuis le 26 septembre 2012.

De son côté, l'intimé conteste le caractère probant du rapport d'expertise judiciaire, en lui opposant un avis SMR du 20 novembre 2019 du Dr X._____, plaidant l'absence de diagnostic incapacitant chez le recourant.

b) Dans le contexte de la persistance d'une symptomatologie dépressive depuis le 26 septembre 2012, l'OAI a confié une expertise psychiatrique à la Dre B._____ qui a établi son rapport le 21 octobre 2015. Posant le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de personnalité dépendante, se manifestant sur un mode dépressif voire anxieux à caractère réactionnel (F60.7 et F43.22) et, sans répercussion,

celui de troubles mentaux et troubles du comportement de substances psychoactives multiples, avec abstinence actuelle partielle annoncée (F 19.26), cette spécialiste a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 26 septembre 2012, dans un contexte d'effondrement psychique. Elle a par contre estimé que l'interruption de la dernière mesure de réinsertion professionnelle en novembre 2014 ne se justifiait pas sur le plan psychiatrique et que, moyennant un soutien de la part de l'OAI, l'expertisé disposait des ressources pour retrouver une capacité de travail entière au plus tard dans un délai de six mois dès la fin des mesures d'ordre professionnel. Le SMR, suivi par l'OAI dans sa décision, a repris à son compte ces conclusions médicales (rapport du 1^{er} décembre 2015 du Dr E. _____).

Dans le cadre du mandat d'expertise judiciaire, le recourant a été examiné à quatre reprises par la Dre L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a posé les diagnostics avec influence sur la capacité de travail de trouble délirant (F22.0) et trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F33.1). Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué un syndrome de dépendance à de multiples substances psychoactives (sédatifs, cannabis), utilisation continue (F19.25). Dans son appréciation globale de la situation, l'experte judiciaire a notamment émis les considérations suivantes (rapport d'expertise psychiatrique du 5 novembre 2019 p. 24 s.) :

“[...] En lien avec les éléments anamnestiques et comme l'atteste la consultation au CHUV de 2001 dans le contexte de son refus de faire son cours de répétition à l'armée, l'expertisé présentait déjà à cette époque des dysfonctionnements psychiques laissant suspecter un trouble de la personnalité, caractérisé par des aspects projectifs, immatures, clivés, méfiants et narcissiques. Il était décrit aussi une symptomatologie psychique « inquiétante » par un sentiment de dépersonnalisation, même si ce qui dominait le tableau clinique était son « intolérance totale à l'autorité, à la contrainte, à la frustration, avec des idées hétéroagressives perpétuellement présentes ».

Les difficultés essentiellement relationnelles que rencontrait l'expertisé avant 2012 relevaient d'un trouble de la constitution caractériologique, avec des aspects fortement clivés et projectifs, tout problème étant constamment attribué à quelque chose d'extérieur à lui (c'est par exemple de la faute de l'armée si son amie l'a quitté). Il présentait une grande sensibilité à l'échec, un caractère soupçonneux, une tendance à surévaluer sa propre

importance, un sens tenace de ses propres droits légitimes, tableau clinique évoquant une personnalité paranoïaque. Dans sa vie affective et relationnelle de manière générale, l'expertisé paraissait relativement seul, avec en réalité moins d'amis que ce qu'il se vantait d'avoir (ou alors des « amis liés à la drogue »), et en recherche d'une compagne qu'il ne pouvait trouver qu'à l'étranger, mettant en exergue ses difficultés à tisser des liens de bonne qualité avec ses pairs. Ce trouble de la personnalité ne l'empêchait toutefois pas de travailler, même s'il avait là aussi tendance à être dans un fonctionnement mal équilibré, dans le tout ou rien, puisqu'il travaillait des mois d'affilée en focalisant toute sa vie sur son travail jusqu'à l'épuisement, l'obligeant ensuite à prendre des mois sabbatiques pour se reposer. Toujours est-il qu'il avait trouvé une forme d'équilibre acceptable pour lui dans sa manière de fonctionner, en tout cas professionnellement.

Afin de mieux comprendre comment l'expertisé a pu évoluer si défavorablement, j'aimerais affiner la description de sa personnalité paranoïaque prémorbide, soit avant 2012, par la notion de personnalité sensitive telle que décrite par E. Kretschmer en 1918. Cette notion, reflète les caractéristiques de certains sujets présentant une labilité émotionnelle d'ordre réactionnelle, une grande fatigabilité, un épuisement causé par le travail ou par la pression des affects, une inhibition forte des pulsions, notamment dans les liens affectifs. Autrement dit, ce sont des sujets sensibles, très susceptibles, insécurisés, manquant d'assurance, repliés sur eux-mêmes, avec une grande difficulté à faire face aux épreuves de la vie, d'où ce sentiment de drame face à certains événements, comme une rupture amoureuse, telle que décrite par l'expertisé. Ces sujets, à l'image de M. F. _____, présentent un équilibre psychique très fragile, reposant sur le fait de projeter à l'extérieur d'eux-mêmes tout ce qui est vécu comme mauvais. Comme le stipule Kretschmer, cet équilibre instable est à risque de se rompre et de basculer dans la psychose, ceci en lien avec un événement extérieur à l'origine du délire.

Chez M. F. _____, le fait d'avoir perdu sa future épouse autour de Noël 2011 l'a certes fortement fragilisé, mais c'est surtout sa séroconversion qui [a] brisé les fondements fragiles de sa personnalité et fait émerger le délire. Etre infecté, revenait à devoir introjecter le mauvais qu'il avait mis tant d'énergie à garder à l'extérieur de lui, comme si on lui avait inoculé quelque chose de mortel, qui inexorablement allait le faire mourir, sans pouvoir aucunement raisonner et être rassuré que les traitements pourraient lui permettre de vivre normalement. Il l'exprime ainsi quand il dit que le VIH « c'est le diable ». Et l'introjection du mal dans la réalité de son corps l'a entraîné vers une forme de mord psychique, où tout s'est arrêté en lui. Il est persuadé d'être « en train de crever », d'être un pestiféré, que tout le monde voit la maladie en lui, notamment par l'intermédiaire de ses boutons qu'il vit comme ignobles. Il se sent tout à la fois victime et un danger pour les autres qu'il tient à l'écart. Autrement dit, la réalité de son infection est venue rencontrer ses pires craintes psychiques, provoquant une catastrophe interne, une brisure fondamentale, dont il n'a pas pu se remettre.

Au gré de cette catastrophe, la personnalité sensitive de M. F._____ a laissé place à un délire, autrement appelé par Kretschmer, une paranoïa sensitive. Il s'agit essentiellement d'un délire de relation, avec un sentiment constant de persécution, un sentiment d'échec, d'insuffisance, d'humiliation, une impression de malveillance de l'entourage, une interprétation délirante des faits du quotidien, un ressentiment, une insécurité, une auto-dévalorisation, sans toutefois présenter les caractéristiques d'une psychose de type schizophrénique avec notamment des hallucinations ou des délires extraordinaires, qui n'auraient aucun fondement avec la réalité. En terme[s] de Classification Internationale des Maladies mentales, cette paranoïa sensitive se traduit par un trouble délirant.

Ce trouble délirant revêt une forme relationnelle, comme décrit ci-dessus, mais aussi chez l'expertisé, une forme somatique par une perception délirante des effets de sa maladie sur son corps. Bien que la virémie de l'expertisé soit indétectable, il est persuadé d'être porteur d'un ténia qu'il vit comme un monstre qui le ronge de l'intérieur. Et finalement, il présente des manifestations somatiques bruyantes comme effets secondaires de tous les traitements antirétroviraux, dont l'intensité particulière, en tout cas dans ce qu'il en dit, reflète probablement aussi quelque chose de psychotique.

Le contenu des idées délirantes de M. F._____ peut être classifié en un déliré de persécution (par l'AI, les francs-maçons) et un délire hypocondriaque touchant à ses atteintes somatiques. Cette pathologie, de par les manifestations symptomatiques et comportementales qu'elle implique, est de nature à entraver toute activité professionnelle. En effet, les interprétations que l'expertisé fait de son environnement sont erronées, tout[e] manifestation de l'extérieur est vécue comme persécutoire, l'autre veut sa mort, le rejette ou fait partie d'un complot contre lui. Il est constamment focalisé sur ses atteintes somatiques, il a une manière très théâtrale et victimaire d'exprimer ses souffrances et ses doléances qui peut fortement agacer son interlocuteur. La réaction de son vis-à-vis peut alors être effectivement blessante ou rejetante, ce qui vient encore renforcer sa conviction d'être un pestiféré, paria de la société et ceci aggrave encore son comportement victimaire. Cette manière d'être, qui relève d'un symptôme psychiatrique et non de son libre arbitre, n'est pas compatible avec une activité professionnelle qui comportera forcément des interactions relationnelles.

A ce trouble délirant vient s'ajouter une symptomatologie dépressive chronique depuis 2012. En effet, tous les intervenants qui ont examiné ou côtoyé M. F._____ relèvent des symptômes dépressifs sous forme d'une tristesse, d'une diminution de la concentration et de l'attention, d'une estime de lui-même catastrophique, d'une attitude pessimiste face à l'avenir, d'idées suicidaires constantes, de graves troubles du sommeil, d'un appétit chaotique, d'une anxiété diffuse et permanente, d'un comportement histrionique, d'une perte d'intérêt ou de plaisir (anhédonie), d'un manque d'énergie, d'un retrait social. Cette symptomatologie a été constante en tous cas depuis septembre 2012, comme attestée par les premiers psychiatres à l'avoir mise en évidence. L'intensité de ces symptômes peut être variable, il y a certaines périodes où il est mieux, notamment en 2015, suite à son séjour dans cette clinique du [...], mais cette amélioration n'a été que transitoire. La chronicisation de

la symptomatologie dépressive m'a amenée à retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, sachant que le trouble peut évoluer vers une dépression persistante, ce qui est le cas chez M. F._____.

Cette symptomatologie dépressive entrave aussi l'exercice d'une activité professionnelle, dans l[a] mesure où il ne possède plus l'énergie, les capacités de concentration, de mémoire, l'envie et la motivation pour pouvoir mener à bien quelque activité que ce soit.

Le diagnostic en lien avec sa dépendance à diverses substances psycho-actives, notamment le cannabis et les sédatifs, repose sur la consommation active de l'intéressé, quotidienne, contrôlée par le biais d'une prescription limitée en ce qui concerne le Dormicum®, au risque sinon d'un débordement. Ces consommations et en particulier celle de cannabis, entraîne probablement une péjoration du tableau clinique qu'il présente, mais n'est pas de nature à l'expliquer. Les consommations abusives de substances psycho-actives sont présentes depuis l'adolescence de l'expertisé, mais ne l'ont jamais entravé dans l'exercice de son métier, ce qui m'amène à ne pas les considérer comme incapacitantes sur le plan professionnel.

Mes conclusions s'écartent donc de celles de la Dre B._____, psychiatre FMH, qui a expertisé M. F._____ en 2015. Je peux émettre à l'encontre de son rapport les remarques suivantes : Tout d'abord, elle n'a rencontré l'intéressé qu'à une seule reprise, le 6 octobre 2015, ce qui rend l'évaluation incertaine et potentiellement erronée. En effet, un seul entretien ne permet d'avoir une image que ponctuelle d'un expertisé, or tout un chacun peut présenter des variations psychiques d'un jour à l'autre. Un diagnostic ne peut être correctement posé qu'en regard de son évolution ou de sa permanence au fil des entretiens d'expertise.

L'experte retient comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, une personnalité dépendante, se manifestant sur un mode dépressif voire anxieux à caractère réactionnel, selon la CIM-10 : F60.7 et F43.22. Elle stipule en page 7 de son rapport, que bien que le fonctionnement de personnalité de M. F._____ ait pu au moment de l'annonce de la séroconversion, qu'à plus de 3 ans de celle-ci, il a eu largement le temps de retrouver un équilibre. Or dans les faits ce n'est pas le cas, puisqu'elle dit elle-même qu'il a besoin de 6 mois pour reprendre une activité lucrative. Si vraiment elle estimait qu'il avait eu le temps de retrouver un équilibre, elle aurait dû estimer qu'il pouvait immédiatement reprendre son travail. On peut reprocher à la Dre B._____ qu'elle ne fasse pa[s] la distinction entre la réalité prédite par le diagnostic qu'elle a retenu et la réalité observée au moment de l'examen de l'intéressé. En effet, il y a une discrédance entre ce qu'elle stipule théoriquement en s'attachant à la définition d'un trouble réactionnel, soit qu'au bout de trois ans, l'expertisé devait avoir retrouvé un équilibre, et ce qu'elle décrit dans ses observations cliniques en terme de symptômes anxieux et dépressifs, y ajoutant le fait qu'il n'a « pas les moyens psychiatriques de reprendre seul un poste à caractère lucratif ».

De plus, dans la définition CIM-10 du diagnostic F43.22, soit le trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive, il est

stipulé (en page 134 de la CIM-10) que le trouble débute habituellement dans le mois qui suit la survenue d'un événement stressant, et ne persiste guère au-delà de six mois, sinon on doit modifier le diagnostic pour celui qui correspond au tableau clinique. Donc, et comme l'énonçait aussi le Dr V. _____ dans son rapport du 5 octobre 2016, compte tenu de la persistance des symptômes présentés par M. F. _____ et relevés par la Dre B. _____ dans son status, on n'est pas dans le registre d'un trouble réactionnel, mais dans celui d'une dépression persistante.

Par ailleurs, dans son rapport, la Dre B. _____ ne précise pas de quand à quand l'expertisé était, selon elle, en incapacité de travail, et à partir de quelle date il était apte à reprendre les MR. Elle ne clarifie pas de ce fait si au moment où la mesure a été initiée, il était ou non apte à la mener à bien, ni si au moment de son examen expertal, il était apte au travail ou non, et à partir de quand il faut compter les 6 mois de mesures de réinsertion avant une reprise à 100%.

De manière générale, le tableau clinique présenté par l'expertisé tel que décrit par l'experte B. _____ est pour une part le même que celui que j'observe et qui est évoqué par les autres psychiatres qui l'ont suivi durant ces 7 dernières années. Toutefois, l'interprétation qu'elle en fait est à mon sens erroné[e]. Elle minimise la gravité des symptômes alors qu'ils sont responsables d'un dysfonctionnement sévère dans tous les domaines de sa vie, et elle les met pour une part sur le fait de son libre choix, alors que ces symptômes sont de l'ordre de la psychopathologie.

La Dre B. _____ évoquait en page 10 de son rapport, comme remarque personnelle : « il n'est pas exclu que l'expertisé ait décidé, pour des motifs non médicaux, qu'il n'exercerait plus d'activité lucrative depuis la découverte de sa séroposivité. Si tel était le cas, la motivation pour une reprise serait impossible à obtenir ». Je m'accorde à son avis qu'effectivement une reprise serait impossible, mais pas pour les mêmes raisons. Dre B. _____ attribue cette impossibilité à des motifs non médicaux, alors que la gravité des atteintes, décrites par tous les autres psychiatres qui l'ont évalué, et entravant sévèrement le fonctionnement de l'expertisé dans tous les domaines de sa vie, va clairement dans le sens d'une pathologie médicale psychiatrique. L'impossibilité de reprendre le travail est en lien avec une psychopathologie sévère du registre de la psychose. L'expertisé n'a pas décidé de ne plus travailler, c'est quelque chose en lui du registre délirant qui le convainc qu'il ne peut plus travailler. Cette conviction est délirante, soit totalement inamovible. Dès qu'on tente de remettre en question ce délire, il se sent persécuté et devient encore plus interprétatif. Soit il fuit alors la confrontation, comme cela a été le cas avec ses précédents psychiatres ou certains somaticiens, soit il met des barrières encore plus grandes entre lui et les autres, comme avec ses proches ou ses amis.

A mon sens, la gravité de la pathologie de l'expertisé dépasse donc la décompensation de son trouble de la personnalité. On peut alors se poser la question de savoir pourquoi les autres psychiatres n'ont pas évoqué de psychose constituée. Je peux émettre quelques hypothèses : tout d'abord, M. F. _____ a une telle manière histrionique de dramatiser sa paranoïa dans la relation à autrui, et

génère de telles contre-attitudes chez son vis-à-vis, qu'on peut aisément le voir comme agissant un trouble de la personnalité. Il ne présente pas une pathologie psychotique qui se manifeste par des symptômes bruyants et facilement identifiables, tels que des hallucinations, des attitudes d'écoute, une désorganisation de la pensée. La composante persécutoire du délire ne s'exprime pas immédiatement, et peut apparaître comme une forme d'exagération théâtrale dans sa manière de se victimiser. Par ailleurs, même si la psychose s'est développée en 2012, ce n'est que progressivement que M. F. _____, de par ses interprétations délirantes l'a manifestée en la verbalisant plus clairement. Cependant toutefois, la Dre G. _____ avait perçu la composante psychotique de son patient, puisqu'elle a essayé de soulager ses angoisses par un neuroleptique. Le thérapeute actuel de l'expertisé a pu l'identifier et a bien perçu les aspects inamovibles de ses convictions délirantes. Les somaticiens du CHUV ont aussi parlé de psychose, face à sa conviction de porter un ténia. Ils avaient les moyens de pouvoir mieux faire la part des choses entre la réalité somatique qu'ils pouvaient observer et la perception délirante de M. F. _____.

On note par ailleurs, que les discordances diagnostiques entre les différents psychiatres qui ont examiné M. F. _____ sont révélatrices d'un malaise en lien avec la disparité des diagnostics retenus. Certains le voient comme présentant un trouble de la personnalité immature, d'autres borderline, d'autres dépendant, ou encore ayant une modification durable de la personnalité, et finalement le Dr [...] réfute le diagnostic de personnalité borderline pour retenir un trouble mixte, anxieux et évitant. Cette variabilité dénote des aspects dysfonctionnels de plusieurs ordres, qui n'entrent pas facilement dans une catégorie de trouble de la personnalité caractéristique. Il présente certes des aspects du fonctionnement notamment borderline et dépendant, mais sans être nullement typique. Il n'a pas la labilité émotionnelle du borderline, il n'est pas impulsif, il ne s'engage pas [dans] des diverses relations même toxiques pour éviter les abandons, il reste au contraire seul chez lui, totalement isolé du reste du monde. De même, il ne présente pas les aspects typiques de personnalités dépendantes, il ne se soumet pas à la volonté d'autrui, ne subordonne pas ses propres besoins à ceux dont il dépend, il n'a aucune réticence à faire des demandes, comme l'atteste son combat acharné pour être reconnu dans sa maladie. Tous s'accordent néanmoins à dire que M. F. _____ présente une pathologie grave, qui se manifeste sur le plan relationnel par des côtés projectifs, irritable, vivant de profond sentiment de honte, d'injustice, se victimisant énormément et d'une manière très histrionique, associé pour tous à une dépression persistante. La plupart mentionnent aussi des aspects psychotiques, (dépersonnalisation, sentiment de persécution, idées de concernement, trouble grave de l'identité et psychose en lien avec la dépression pour le Dr [...]). Je pense pour ma part, qu'on peut lier tous ces aspects par cette notion de paranoïa sensitive, associant de graves troubles relationnels à une psychose délirante, à quoi se surajoute un trouble dépressif persistant.

Le devenir d'une telle pathologie est plutôt sombre, dans le sens où comme discuté ci-dessus, le délire est fortement ancré et inébranlable. De plus, ce genre de délire est très peu accessible aux neuroleptiques. Et la nature même de la psychose va induire,

comme c'est le cas chez l'expertisé, des effets secondaires qui vont certainement prendre aussi un caractère délirant (il relate lui-même avoir des perceptions délirantes sous divers traitements, neuroleptiques ou antidépresseurs). Les possibilités d'infléchir le processus et les perspectives thérapeutiques sont donc très limitées. Le seul traitement pouvant aider à stabiliser quelque peu la situation est un accompagnement au long cours, à but de soutien, comme le lui prodigue actuellement le Dr [...]. Mais même si l'expertisé peut aller un peu moins mal, il ne recouvrera pas une santé psychique rendant des mesures de réinsertion exigibles ou lui permettant de reprendre une activité lucrative quelle qu'elle soit."

c) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de l'experte L._____, dont le rapport d'expertise judiciaire du 5 novembre 2019 remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3e supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse particulièrement approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes et minutieuses, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués par l'experte L._____ sur la capacité de travail du recourant emportent la conviction ; elles se fondent sur une grille d'indicateurs pertinents, conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. consid. 3f supra). Ce rapport procède d'une appréciation claire de la situation par une spécialiste confirmée et de conclusions minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Il répond en outre clairement à l'avis divergent de la Dre B._____. Ces conclusions seront donc suivies.

d) Au demeurant, l'intimé ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique de novembre 2019, ni ne produit de rapports médicaux suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé. Il oppose en effet uniquement l'avis du 20 novembre 2019 de son médecin-conseil, le Dr X._____, du SMR. Or ce médecin, dont on ignore la spécialité, livre une évaluation distincte paraissant procéder d'une simple appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical, mais sans avoir effectué d'examen

clinique, ni établi son rapport *lege artis*, spéculant sur les tenants du cas d'un assuré gravement affecté au plan psychique en se hasardant à un diagnostic différentiel.

e) Des conclusions du rapport d'expertise judiciaire de la Dre L._____, il ressort donc qu'en raison d'un trouble délirant associé et d'un trouble dépressif récurrent chronique, l'assuré présente, depuis le 26 septembre 2012, une capacité de travail nulle dans toute activité. Un traitement est certes jugé utile, mais sans toutefois permettre à l'intéressé de recouvrer sa santé psychique, ni de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Le début du droit à la rente est fixé au terme du délai d'attente légal, soit le 1^{er} septembre 2013 (cf. art. 28 al. 1 et 29 al. 1 et 3 LAI), avec un degré d'invalidité à fonder sur une incapacité de travail de 100 % au long cours telle que retenue par l'experte judiciaire. Supérieur à 70 % (cf. art. 28 al. 2 LAI), le degré d'invalidité du recourant laissait en conséquence perdurer le droit à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2013, non limitée dans le temps, contrairement à ce qu'a retenu l'OAI au terme de la décision dont est recours.

5. a) En définitive bien-fondé, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que F._____ a droit à une rente entière à partir du 1^{er} septembre 2013.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il

convient d'arrêter 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 mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 20 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que F. _____ a le droit à une rente entière à compter du 1^{er} septembre 2013.

- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre 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 F. _____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour F. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :