

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 avril 2021

Composition : M. PIGUET, président
Mme Durussel, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourant, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat
à Fribourg,

et

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

Art. 8 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) T._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a travaillé en qualité d'étancheur.

Le 2 septembre 2014, il a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations aux termes de laquelle il invoquait des problèmes au dos et à la nuque existants depuis avril 2014.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements auprès des intervenants consultés par l'assuré (rapports du Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, du 16 septembre 2014 ; de la Dre S._____, spécialiste en médecine interne générale, des 22 septembre 2014, 5 janvier, 8 juillet et 13 octobre 2015 ; des Drs B._____ et W._____, médecins auprès du [...] non daté et reçu le 14 octobre 2016), lesquels ont notamment posé les diagnostics de lombalgies aiguës chroniques non spécifiques, d'épisode dépressif moyen et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Les douleurs étaient apparues en avril 2014, après que l'assuré ait effectué un mouvement de torsion alors qu'il se trouvait sur une échelle instable. Son incapacité à reprendre par la suite son activité habituelle avait fait apparaître des symptômes dépressifs (rapports de la Dre S._____ du 22 septembre 2014 ; des Drs B._____ et W._____ non daté).

Après avoir requis le point de vue du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'assurance-invalidité sur les renseignements récoltés (avis du 11 novembre 2016), l'OAI a décidé de la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique dont il a confié la réalisation aux Drs P._____, spécialiste en rhumatologie, et C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

L'assuré a subi, le 6 avril 2017, une cure de hernie discale (rapports de la Dre S._____ du 25 juillet 2017 ; du Dr H._____,

spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, des 1^{er} mai et 4 août 2017).

Au terme de son rapport du 5 décembre 2017, le Dr C. _____ a posé le diagnostic non incapacitant de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) d'intensité légère, secondaire à la douleur, et retenu que l'assuré présentait, du point de vue psychiatrique, une capacité de travail de 100 %. Dans son rapport du 2 février 2018 contenant l'appréciation consensuelle des experts, le Dr P. _____ a posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie C5-C6), et de lombopyralgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie L5-S1 modeste et status post cure de hernie discale L5-S1 gauche en avril 2017) ; les diagnostics d'omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie, de status post coliques néphrétiques en 2012 et lithotripsie en 2013, de status post tuberculose en 1994 et de douleurs de la cheville gauche sans substrat organique étaient sans effet sur la capacité de travail. L'expert a retenu, comme limitations fonctionnelles, le port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg de manière répétitive ainsi qu'au-dessus du rachis en porte-à-faux et les mouvements de flexion-extension de la nuque de manière répétée. L'assuré présentait une incapacité de travail dans son activité habituelle d'étancheur à hauteur de 70 %. Du point de vue rhumatologique et psychiatrique, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Par décision du 26 mars 2019, confirmant un projet du 25 octobre 2018 contesté par l'assuré, l'OAI a refusé de lui allouer une rente d'invalidité au motif que, malgré ses atteintes à la santé, il conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (limitation du port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg de manière répétitive ainsi qu'au-dessus du rachis en porte-à-faux et les mouvements de flexion-extension de la nuque de manière répétée).

B. **a)** Par acte du 13 mai 2019, T._____, représenté par Me Benoît Sansonnens, a recouru à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr C._____, produisant un rapport du 7 mai 2019 du Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'intéressé depuis le 4 février 2019.

b) Par réponse du 11 juin 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et a produit un avis du SMR du 28 mai 2019.

c) Par réplique du 3 juillet 2019, T._____ a maintenu ses précédents griefs et conclusions.

d) Par duplique du 22 août 2019, l'OAI a confirmé son écriture.

e) Le 11 juin 2020, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique dont il a confié la réalisation au Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

f) Le Dr Q._____ a rendu son rapport le 19 octobre 2020. Il a retenu les diagnostics de dysthymie/dysphorie (F34.1) et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie (Z60.0). L'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail sur le plan psychique au moment de l'expertise, l'expert judiciaire relevant qu'il existait « une incertitude dans le sens qu'éventuellement un état dépressif de moyenne intensité a existé auparavant (médecin traitant médecin psychiatre). [...] Force est donc de constater qu'il n'y a ni atteinte sévère significative, ni durabilité de l'atteinte à constater dans ce cas ».

g) Dans ses déterminations du 10 novembre 2020, l'OAI a confirmé ses conclusions.

h) Dans ses déterminations du 16 novembre 2020, T._____ a contesté les conclusions de l'expertise judiciaire et requis la mise en œuvre d'une évaluation neuropsychologique. Il a produit un rapport médical du 2 novembre 2020 du Dr N._____ posant les diagnostics incapacitant de dysthymie, de douleur chronique où interviennent des facteurs somatiques et psychiques et de personnalité anxieuse (évitante) ainsi que le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent moyen avec symptômes somatiques, actuellement en rémission. Selon le psychiatre traitant, l'assuré présentait une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % compte tenu de ses limitations physiques et psychiques.

i) Le 8 décembre 2020, l'OAI a maintenu sa position et produit un avis du SMR du 24 novembre 2020.

j) Par écriture du 4 janvier 2021, T._____ a confirmé ses précédents moyens et conclusions. Il a produit un rapport du 28 décembre 2020 du Dr N._____ reprenant son rapport du 2 novembre 2020.

E n d r o i t :

1. a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; 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 de l'assurance-invalidité.

3. a) 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). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. 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).

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

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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).

4. Se fondant sur l'expertise bidisciplinaire confiée aux Drs P._____ et C._____, l'office intimé a retenu que le recourant présentait

différentes atteintes à la santé ne lui permettant plus d'exercer son activité habituelle mais qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

a) Sur le plan somatique (rhumatologique), le Dr P._____ a retenu les diagnostics de syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie C5-C6), et de lombopygialgies récurrentes, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie L5-S1 modeste et status post cure de hernie discale L5-S1 gauche en avril 2017). Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de cette expertise aux termes desquelles le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg de manière répétitive ainsi qu'au-dessus du rachis en porte-à-faux et les mouvements de flexion-extension de la nuque de manière répétée). En effet, celle-ci a été réalisée dans les règles de l'art, à l'issue d'une analyse fine et détaillée des différentes pièces médicales au dossier - en particulier des nombreux documents d'imagerie - d'un examen du recourant et de ses plaintes. Ses conclusions sont étayées et bien motivées.

Le recourant se prévaut de l'appréciation de la Dre S._____ qui considère qu'il présente depuis avril 2017 une incapacité de travail de 100 % dans toute activité, principalement en raison de douleurs lombaires. Ces conclusions constituent toutefois une appréciation différente de la capacité de travail. Les diagnostics posés par la médecin traitant - lombopygialgies gauches chroniques avec un status post cure de hernie distale L5-S1 en avril 2017 ainsi que cervico-scapulo-brachialgie gauche récidivante avec discopathie et uncarthrose importante C5-C6 - ne divergent en effet pas de ceux retenus par l'expert rhumatologue. Cela étant, la Dre S._____ ne fournit aucun élément médical objectif justifiant que l'on s'écarte de l'expertise. Elle n'explique en particulier pas en quoi les atteintes objectives mises en évidence par elle-même comme par le Dr P._____ empêcheraient le recourant d'exercer à plein temps une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. C'est le lieu de relever

que le Dr P._____ a bien expliqué la nature des limitations fonctionnelles retenues, tout en indiquant qu'il existait une certaine discordance entre les plaintes du recourant, l'impotence fonctionnelle qu'il décrivait dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle ainsi que les examens cliniques et paracliniques effectués dans le cadre de l'expertise.

A l'occasion de ses entretiens avec le Dr Q._____, le recourant a relevé que, sur le plan somatique, il ressentait depuis 2017 et l'expertise du Dr P._____ une amélioration concernant son atteinte dorsale mais qu'il souffrait maintenant de douleurs à la hanche, des maux de tête et de problèmes aux deux genoux. Il ne figure cependant au dossier aucun élément médical nouveau sur ces points (cf. en particulier le rapport du 9 décembre 2018 de la Dre S._____, qui n'évoque pas de telles atteintes). En conséquence, il n'y a pas lieu de procéder à des investigations supplémentaires sur le plan somatique.

b) aa) Sur le plan psychiatrique, les pièces médicales au dossier n'étaient pas suffisantes à déterminer la capacité de travail du recourant, justifiant ainsi la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En effet, l'expertise du 5 décembre 2017 du Dr C._____ et le rapport du 7 mai 2019 du Dr N._____ présentaient plusieurs contradictions importantes. Alors que l'expert retenait le seul diagnostic non incapacitant de trouble anxieux et dépressif mixte, le psychiatre traitant posait ceux de trouble dépressif, possiblement récurrent, moyen avec symptômes somatiques, de douleurs chroniques où interviennent des facteurs somatiques et psychiques ainsi que de personnalité anxieuse (évitante), atteintes qui limitaient selon lui à 50 % la capacité de travail du recourant dans toute activité.

bb) Dans ce contexte, il n'est pas possible d'attribuer une quelconque valeur probante au rapport d'expertise établi le 5 décembre 2017 par le Dr C._____, tant les lacunes de ce document sont importantes.

L'expertise ne respecte pas, d'un point de vue structurel, les lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance édictées par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie. Ainsi peut-on s'étonner que l'expert mélange sous un même chapitre des éléments anamnestiques et la synthèse des principales pièces du dossier. En ce qui concerne plus particulièrement l'anamnèse, il y a lieu de constater l'extrême pauvreté des renseignements recueillis malgré la bonne collaboration attestée du recourant (p. 11 de l'expertise). Ce manquement est d'autant plus frappant à lecture des rapports des Drs N._____ et Q._____ qui ont quant à eux relevé des éléments complètement absents de l'expertise du Dr C._____ (par exemple : confrontation à [...]). De même, la section du rapport dédiée à l'appréciation de la partie non médicale du dossier ne contient qu'une énumération succincte des différentes mesures d'intervention précoce mises en place par l'intimé. L'expert ne fournit en outre pas de description minutieuse d'une journée-type du recourant, se contentant de lister télégraphiquement quelques informations, alors que cet élément est fondamental pour déterminer les répercussions de la maladie dans les différentes fonctions de la vie quotidienne. L'expertise ne contient de plus aucune retranscription des plaintes du recourant, donnée pourtant essentielle à orienter l'analyse diagnostique. Enfin, les ressources du recourant qui constituent un paramètre important de la grille d'évaluation des troubles psychiques ne sont pas évoquées.

Sur le fond, on peut relever le manque de discussion structurée des diagnostics. En l'absence de renvoi aux éléments anamnestiques ou aux observations cliniques effectuées, on ignore sur quels éléments précis l'expert a retenu ou écarté tel ou tel diagnostic. C'est par exemple le cas pour le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant retenu par les Drs B._____ et W._____ et évoqué par le Dr P._____ qui n'a pas semble-t-il pas été examiné par le Dr C._____. De même, l'expert a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte sans fournir d'explications précises sur le processus psychopathologique à l'origine de la symptomatologie. C'est le lieu de relever encore le caractère contradictoire des conclusions de l'expert qui

affirme qu'il n'existe « pas de signes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité » puis pose le diagnostic de « trouble anxieux et dépressif mixte ».

De fait, il y a lieu de retenir que les conclusions auxquelles parvient le Dr C._____, en tant qu'elles sont exposées de façon péremptoire, ne procèdent pas d'une discussion générale, où auraient été intégrées, dans une analyse cohérente et complète, les renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique.

c) Dans le cadre du mandat d'expertise judiciaire, le recourant a été examiné par le Dr Q._____, lequel a estimé que l'intéressé ne présentait pas, sur le plan psychiatrique, d'atteinte limitant sa capacité de travail et a posé les diagnostics non incapacitants de dysthymie/dysphorie et de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie.

aa) En l'occurrence, l'expert judiciaire a procédé à une étude circonstanciée du cas et dressé une anamnèse complète aussi bien sur le plan personnel et familial que personnel, social et médical. Il a rendu compte des plaintes du recourant qu'il a soigneusement listées et les a confrontées avec ses constatations objectives. Les diagnostics ont été posés à l'issue d'examens cliniques complets. S'en tenant à son rôle d'expert, le Dr Q._____ a distingués les éléments subjectifs de ses observations cliniques pour évaluer la capacité de travail. Il a également pris un soin particulier à exposer les motifs pour lesquels il s'écartait des diagnostics posés dans les différentes pièces médicales au dossier. Son appréciation est précise, détaillée, cohérente avec les éléments du dossier et dûment motivée. Il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante.

bb) Le recourant a produit deux rapports du Dr N._____ des 2 novembre et 28 décembre 2020 dont l'appréciation diverge de celle de l'expert judiciaire. Les observations faites par le psychiatre traitant ne justifient cependant pas de s'écarter des conclusions motivées de

l'expertise. En effet, force est de constater que les constats cliniques dont le Dr N. _____ se prévaut ne divergent fondamentalement pas de ceux de l'expert. Le Dr Q. _____ a en particulier reconnu que le recourant était démoralisé, dans des expressions de déception, de mal-être diffus, de mécontentement et de morosité et que l'élan vital était diminué. Il s'est également fait l'écho des tensions au sein du couple du recourant invoquées par le psychiatre traitant. Le Dr Q. _____ a soigneusement examiné la question de la présence d'un syndrome douloureux somatoforme et expliqué clairement pour quelles raisons il ne retenait pas un tel diagnostic. De même, le Dr Q. _____ a listé les critères diagnostiques afférant au trouble dépressif avant de conclure que ceux-ci n'étaient pas remplis en l'espèce. Pour sa part, le Dr N. _____ ne motive pas vraiment les raisons pour lesquelles la capacité de travail de son patient serait réduite sur le plan psychiatrique. C'est le lieu de relever qu'à lecture de l'expertise judiciaire du 19 octobre 2020, on constate que le Dr Q. _____ avait lui-même relevé les divergences importantes entre les conclusions du Dr N. _____ - qui étaient déjà évoquées dans son rapport du 7 mai 2019 - et les observations cliniques effectuées dans le cadre de l'expertise. Il avait indiqué que l'appréciation de son confrère - qui n'avait pas non plus constaté de difficultés de conscience, d'orientation, cognitives ou de trouble formel de la pensée chez le recourant - semblait basée sur les plaintes subjectives de ce dernier.

cc) Se prévalant de l'appréciation du Dr N. _____, le recourant réclame la mise en œuvre d'une évaluation neuropsychologique en vue de confirmer ses plaintes cognitives. Il ressort cependant de son rapport d'expertise que le Dr Q. _____ n'a pas été en mesure de confirmer objectivement ces plaintes. L'expert judiciaire a ainsi, à plusieurs reprises, relevé que le recourant présentait une tendance à l'accentuation des symptômes physiques et psychiques et constaté le fort décalage entre les plaintes du recourant quant à son manque de mémoire et les constatations objectives qu'il avait pu poser selon lesquelles ce dernier ne présentait pas de difficultés majeures. A cet égard, force est de constater que le Dr N. _____ n'a pas non plus objectivé de telles problématiques, puisqu'il se contente de relever les propos de son patient.

En pareilles circonstances, il y a lieu de retenir qu'il ne figure au dossier aucun élément qui justifierait de compléter l'instruction par le biais de tests neuropsychologiques.

d) Il ressort de ce qui précède que le recourant dispose objectivement d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à savoir port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg de manière répétitive ainsi qu'au-dessus du rachis en porte-à-faux et les mouvements de flexion-extension de la nuque de manière répétée.

e) Les termes de la comparaison des revenus effectuée par l'office intimé ne sont pas contestés. L'office intimé a correctement retenu un revenu sans invalidité de 69'168 fr. 14 ainsi qu'un revenu avec invalidité - compte tenu d'un abattement de 5 % - de 63'296 fr. 85 en se fondant sur les données salariales de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75), ce qui correspond effectivement à un degré d'invalidité de 9 %, taux insuffisant à ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

5. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) 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. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'il a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b du code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 [CPC ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) aa) Aux termes de l'art. 45 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Dans un ATF 137 V 210, précisé par un ATF 139 V 496, le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pouvaient être mis à la charge de l'assurance-invalidité, lorsque l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait toutefois entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents.

bb) En l'occurrence, les lacunes du rapport d'expertise établi le 5 décembre 2017 par le Dr C. _____ ont été détaillées dans le cadre du présent arrêt (cf. supra consid. 4b/bb). Dans ces circonstances, la Cour de céans ne peut que constater que l'office intimé a gravement manqué à ses obligations dans le cadre de son instruction, en accordant une pleine valeur probante à un rapport d'expertise dont les carences ne pouvaient

être que manifestes pour un œil un tant soit peu critique. L'expertise judiciaire a servi à pallier aux manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Dans ces conditions, il est justifié de mettre la totalité des frais de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr Q. _____, soit 6'099 fr. 60, à la charge de l'office intimé.

d) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

e) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC).

Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a du règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile [RA] ; BLV 211.02.3]). Concernant les débours, il applique un forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3^{bis} al. 1 RAJ).

Par décision de la juge instructrice du 15 mai 2019, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 mai 2019 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Benoît Sansonnens. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 28 janvier 2021. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Sansonnens est arrêtée à 4'200 fr., débours et TVA compris ([20 heures 38 à 180 fr. + 5 % {débours}] + 7.7 % [TVA]).

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

f) Le recourant est rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Les frais de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr Q. _____ par 6'099 fr. 60 (six mille nonante-neuf francs et soixante centimes) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V.** Il n'est pas alloué de dépens.
- VI.** L'indemnité d'office de Me Benoît Sansonnens, conseil du recourant, est arrêtée à 4'200 fr. (quatre mille deux cents francs), débours et TVA compris.
- VII.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaire et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Benoît Sansonnens (pour T. _____),
- 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).

La greffière :