

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 avril 2021

Composition : M. NEU, président
MM. Bonard et Peter, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

F. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me François Gillard,
avocat à Bex,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) Ressortissant suisse d'origine tunisienne, F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, titulaire d'un diplôme de coiffeur obtenu en Tunisie en 1997, est entré en Suisse en 2002. Dès le 1^{er} décembre 2002, il a travaillé en tant que coiffeur dans un salon lausannois.

Le 17 janvier 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, faisant état d'une hernie discale L5-S1 existant depuis le mois de septembre 2003 et ayant entraîné une incapacité de travail dès le 8 décembre 2003.

Entre autres mesures d'instruction, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire (comportant un volet neurologique, rhumatologique et psychiatrique) auprès de la Clinique L._____. Dans un rapport de synthèse daté du 27 décembre 2005, le Dr G._____, spécialiste en neurologie, a indiqué que l'assuré avait présenté une incapacité totale de travail dans son activité de coiffeur de décembre 2003 à avril 2005, avant de recouvrer une capacité de 50 % dans son activité habituelle, respectivement entière dans une profession adaptée à son état de santé à compter du mois de mai 2005.

Par décision du 30 octobre 2006, l'office AI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1^{er} décembre 2004 au 31 juillet 2005 sur la base d'un taux d'invalidité de 100 %. Se fondant sur l'expertise de la Clinique L._____, il a considéré que l'intéressé présentait une incapacité de travail et de gain totale dès le 1^{er} décembre 2004. En revanche, dès le 1^{er} mai 2005, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses différentes limitations fonctionnelles en relation avec son atteinte à la santé (lombalgies chroniques après cure de hernie discale L5-S1 le 16 septembre 2004) et de 50 % dès la même date dans l'activité habituelle de coiffeur. La rente a dès lors été supprimée trois mois après

l'amélioration de l'état de santé constatée. Cette décision est entrée en force.

b) Souffrant d'une seconde hernie discale apparue au mois d'avril 2008, F._____ a déposé, en date du 18 août 2008, une seconde demande de prestations de l'assurance-invalidité. Sur le plan professionnel, après une période de chômage (d'avril 2005 à mars 2007), il a travaillé au taux de 100 % en tant que nettoyeur du 1^{er} avril au 30 juin 2007. Il a également œuvré comme agent de sécurité au service de B._____ à un taux variant entre 10 et 30 %.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a organisé un examen clinique rhumatologique effectué au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) le 9 janvier 2009 par le Dr D._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Dans son rapport du 14 janvier 2009, ce médecin a conclu que l'assuré présentait une capacité de travail nulle dans sa profession de coiffeur, mais de 85 % dès le mois de juin 2008 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées. Le Dr D._____ a confirmé son point de vue au terme d'un examen complémentaire du 2 mars 2010 (rapport du 12 mars 2010).

Par décision du 20 mai 2010, l'office AI a nié le droit de F._____ à ses prestations (rente d'invalidité et mesures professionnelles), au motif que la comparaison des revenus avec et sans invalidité, basée sur une capacité de travail de 85 % dans une profession compatible avec son état de santé, conduisait à un degré d'invalidité de 6,07 %.

Par arrêt du 7 juin 2012 (cause AI 231/10 - 194/2012), entré en force, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a rejeté le recours formé par l'assuré contre cette décision, qu'elle a déclaré confirmer.

c) Le 25 mars 2014, F._____ a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité, à laquelle étaient joints plusieurs rapports médicaux faisant état de diverses atteintes à la santé physique et psychique.

Après avoir mis en œuvre une expertise de chirurgie orthopédique auprès du Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (rapport du 10 juin 2015), l'office AI a rendu une décision en date du 26 octobre 2015, aux termes de laquelle il a une nouvelle fois nié le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, compte tenu du maintien d'un degré d'invalidité de 6,07 %.

Par arrêt du 10 mars 2016 (cause AI 305/15 - 60/2016), la Cour de céans a admis le recours formé par l'assuré contre cette décision, qu'elle a annulée, renvoyant la cause à l'office AI afin qu'il complète l'instruction sur le plan médical en diligentant une expertise psychiatrique.

d) Reprenant l'instruction de la cause, l'office AI a mandaté le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin qu'il procède à l'expertise psychiatrique de F._____. Dans son rapport du 30 août 2018, ce spécialiste a exclu tout diagnostic incapacitant, tandis que, sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics de trouble dépressif majeur, éventuellement récurrent, de gravité légère, de majoration des symptômes psychologiques pour des motifs psychologiques et de personnalité à traits état limite. Au terme de son analyse, il a estimé que la capacité de travail avait toujours été entière sans baisse de rendement, hormis durant les hospitalisations où de nombreux éléments atypiques avaient déjà été mis en évidence.

Le 18 septembre 2018 le Dr R._____ a déclaré se rallier aux conclusions du Dr M._____.

Par projet de décision du 26 septembre 2018, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui refuser l'octroi de ses prestations (mesures professionnelles et rente). Sur la base des renseignements

médicaux en sa possession, il a retenu que l'intéressé disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques avec une diminution de rendement de 15 %. La comparaison des revenus avec et sans invalidité débouchait sur un degré d'invalidité de 6,07 %.

Le 26 novembre 2018, l'assuré, représenté par Me François Gillard, avocat, a présenté des objections à ce projet, joignant à son courrier un rapport du Dr U._____, médecin praticien, du 1^{er} octobre 2018. Sur le plan psychique, celui-ci y faisait état des contradictions existant entre les psychiatres traitants et l'expert, alors que, sur le plan somatique, il relevait que l'état de santé ne s'était pas amélioré, rendant irréaliste une activité dans le domaine de la sécurité. Fort des constatations du Dr U._____ sur le plan psychique, l'assuré a réclamé la mise en œuvre d'une contre-expertise, dans la mesure où, pour certains psychiatres, le trouble dépressif majeur était sévère, alors qu'aux yeux du Dr M._____, il ne revêtait qu'une gravité légère. Il convenait par conséquent de lever cette contradiction.

Sollicitée pour détermination, la Dre Z._____, médecin auprès du SMR, a estimé qu'en l'absence d'éléments médicaux nouveaux, la capacité de travail dans une activité adaptée demeurerait entière avec une diminution de rendement de 15 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles somatiques (avis médical du 18 avril 2019).

Le 26 avril 2019, l'office AI a rendu une décision formelle, entérinant son refus d'octroyer ses prestations (mesures professionnelles et rente) à l'assuré, conformément à son projet du 26 septembre 2018. Une lettre d'accompagnement datée du même jour prenait position sur les objections formulées.

B. Par acte du 27 mai 2019, F._____, toujours représenté par Me François Gillard, a saisi la Cour de céans d'un recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2015,

subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI afin qu'il complète l'instruction. Du point de vue somatique, l'assuré a invoqué une instruction lacunaire, en faisant valoir que la dernière expertise pratiquée sur ce plan datait de juin 2015. Depuis lors, son état de santé s'était aggravé de sorte qu'une nouvelle expertise s'avérait nécessaire. Sous l'angle psychique, il a également fait grief à l'office AI d'avoir procédé à une instruction lacunaire en s'abstenant de mettre en œuvre la contre-expertise requise en procédure d'audition afin de lever les contradictions et les incohérences contenues dans le rapport d'expertise du Dr M._____.

Dans sa réponse du 28 juin 2019, l'office AI a renvoyé à l'analyse médicale figurant dans l'avis de la Dre Z._____ du 18 avril 2019, indiquant qu'en l'état il ne pouvait que proposer le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Le 17 septembre 2019, l'assuré a produit divers rapports médicaux complémentaires en vue de confirmer les arguments développés dans son mémoire de recours quant à la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise afin de clarifier la situation médicale.

Par pli du 7 novembre 2019, l'office AI s'est référé à l'analyse de la situation médicale effectuée par le SMR sous la plume du Dr N._____ (avis médical du 4 novembre 2019) selon laquelle les rapports médicaux produits ne contenaient aucun élément objectif susceptible de remettre en cause l'appréciation médicale fondant la décision litigieuse. En conséquence, l'office AI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours.

Dans des observations complémentaires du 3 janvier 2020, l'assuré a réitéré ses réquisitions tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

C. Le 27 février 2020, le magistrat instructeur a confié à l'Unité d'expertises médicales du Centre H._____ à C._____ le soin de procéder à l'expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne) de F._____. Déposé le 13 octobre 2020, le rapport

de synthèse (expertise consensuelle) se fondait sur un examen de médecine interne du 4 août 2020 (Dre W._____, spécialiste en médecine interne générale), un examen rhumatologique du 26 août 2020 (Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie), un examen psychiatrique du 15 septembre 2020 (Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) ainsi que des mesures diagnostiques complémentaires sous la forme d'examens de laboratoire réalisés le 4 août 2020. Les signataires du rapport de synthèse (Drs K._____, W._____ et T._____) en ont discuté les conclusions dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 6 octobre 2020. Sur la base de leur analyse, les experts ont posé les diagnostics suivants « *ayant ou non une incidence sur la capacité de travail* » :

- Lombosciatalgies gauches, droites, chroniques, d'étiologie indéterminée avec : M54.5
 - Cure de hernie discale L5-S1 gauche le 16.09.2004
 - Failed back surgery syndrome
- Trouble dépressif, épisode actuel moyen
F32.1
- Trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline
F60.31
- Majoration des symptômes pour raisons psychologiques
F68.0

Les experts ont estimé qu'en raison de l'importance des limitations fonctionnelles entraînées par les troubles psychiatriques avec effondrement des ressources, la capacité de travail de l'assuré était nulle en toute activité depuis 2013.

Par pli du 5 novembre 2020, l'assuré a fait savoir qu'il n'avait aucune réquisition ni observation à formuler en lien avec le rapport d'expertise du 13 octobre 2020.

Se déterminant en date du 25 novembre 2020, l'office AI s'est référé à l'analyse effectuée par le Dr N._____ du SMR (avis médical du 11 novembre 2020). D'après ce médecin, il convenait de se rallier aux conclusions des experts selon lesquelles l'assuré présentait, depuis le mois de septembre 2013, une affection totalement incapacitante sous la

forme d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline décompensé à cette date (F 60.3), ayant entraîné une incapacité de travail totale en toute activité sans aptitude à la réadaptation. A la lumière de cette appréciation, l'office AI a proposé l'annulation de la décision litigieuse et la reconnaissance du droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2014.

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 a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) 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).

5. 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).

6. a) Dans la décision du 26 avril 2019 dont est recours, l'office AI a considéré qu'en l'absence d'élément médical nouveau, il n'y avait pas de changement notable par rapport à la décision du 20 mai 2010, confirmée par arrêt de la Cour de céans du 7 juin 2012. Si la capacité de travail du recourant était nulle dans son activité habituelle de coiffeur, il conservait en revanche une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé avec une diminution de rendement de 15 % compte tenu des limitations fonctionnelles retenues au plan somatique. En conséquence, l'office AI a nié le droit à ses prestations (mesures professionnelles et rente d'invalidité), au motif que, après comparaison des revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité demeurait de 6,07 % tel que fixé dans la décision du 20 mai 2010, taux qui était insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations sollicitées.

Le recourant a contesté cette manière de voir en faisant valoir que son état de santé s'était aggravé et que le dossier n'avait pas fait l'objet d'une instruction suffisante sur le plan médical.

Le magistrat instructeur a ainsi diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès de l'Unité d'expertises médicales du Centre H._____, à C._____.

b) Dans leur rapport de synthèse du 13 octobre 2020 (appréciation générale interdisciplinaire - expertise consensuelle), les experts ont exposé ce qui suit :

« 4. Evaluation consensuelle

4.1 Evaluation médicale interdisciplinaire

Monsieur F._____ présente en novembre 2003 des lombosciatalgies gauches non déficitaires qui font découvrir à l'IRM lombaire une hernie discale L5-S1 paramédiane gauche. En l'absence d'évolution favorable sous traitement médical, une hémilaminectomie L5-S1 G avec discectomie est effectuée le 16.09.2004. Ce geste n'entraîne qu'une amélioration transitoire, les douleurs lombaires réapparaissant ensuite avec une irradiation dans les deux membres inférieurs. Une expertise médicale pluridisciplinaire est effectuée par la Clinique L._____ à la demande de l'AI en novembre 2005. Il est conclu à un Failed back surgery syndrome. L'évolution est caractérisée par un échec de tous les traitements antalgiques proposés avec persistance d'une symptomatologie de lombosciatalgies à bascule. L'assuré a été vu en examen rhumatologique au SMR par deux fois en janvier 2009 puis en mars 2010 où il a été conclu à des lombosciatalgies à bascule sur troubles dégénératifs non déficitaires. En 2014, un avis est demandé à un neurochirurgien, le Dr V._____, qui propose une nouvelle intervention sur la récurrence de hernie L5-S1 objectivée sur les IRM lombaires depuis 2008, intervention déclinée par l'assuré. Un avis rhumatologique a été également demandé au Dr P._____, qui pour sa part préconise la poursuite du traitement médical avec réalisation d'infiltrations. Ce traitement a également été écarté par l'assuré. Une expertise de chirurgie orthopédique a été réalisée à la demande de l'AI par le Dr X._____. L'expert a considéré la situation lombaire comme stable avec une discopathie L5-S1, avec compression radiculaire modeste.

Lors de notre examen rhumatologique, Monsieur F._____ rapporte des lombalgies basses irradiant dans le membre inférieur gauche. Au status, il n'est pas retrouvé d'amyotrophie ou de raideur lombaire importante, la limitation de la mobilité rachidienne étant surtout algique. Il est noté la présence de signes comportementaux. La relecture de l'imagerie à disposition nous fait conclure à une discopathie L5-S1 sans évolution significative dans le temps. Il n'y a pas d'argument pour une pathologie spécifique de l'appareil locomoteur autre que dégénérative. Il existe une faible corrélation entre l'intensité des symptômes et des limitations décrites et les anomalies radiologiques. Il est ainsi conclu à des lombosciatalgies à bascule d'étiologie indéterminée. Nous retenons également le diagnostic de Failed back surgery syndrome devant l'absence

d'amélioration durable après l'intervention neurochirurgicale effectuée.

Monsieur F. _____ n'a pas d'antécédent psychiatrique avant une première hospitalisation en septembre 2013 à l'hôpital psychiatrique d'A. _____. Les diagnostics retenus sont ceux d'épisode dépressif sévère avec possible trouble somatoforme. Par la suite, l'assuré a été pris en charge par le Dr Q. _____, psychiatre, qui mentionne les diagnostics d'épisode dépressif sévère et de trouble de la personnalité borderline. L'assuré a été réhospitalisé à A. _____ en novembre 2017 après deux tentatives de suicide. Au cours de ce séjour, il est retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère tout en soulignant que l'assuré se montre démonstratif et revendicateur. Une expertise psychiatrique est effectuée en mars 2018 par le Dr M. _____ qui retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, de majoration des symptômes psychiques pour des motifs psychologiques et de personnalité à trait état limite. Les plaintes psychiques rapportées sont une tristesse avec des idées noires, un découragement, un manque d'intérêt, une irritabilité, un besoin d'isolement. On constate un ralentissement psychomoteur, des troubles de l'attention. Le discours est pauvre, peu contributif avec une tendance à la victimisation, à la projection avec un retrait dans une attitude passive.

La thymie est abaissée.

Au terme de notre entretien, nous retenons d'une part le diagnostic de trouble dépressif, épisode actuel moyen en raison d'une thymie abaissée, d'un sentiment d'inutilité, d'une perte de motivation, d'une anhédonie, d'une fatigabilité, d'une irritabilité, d'un isolement social et de la présence d'idées noires. Ce trouble a débuté en 2013, a connu des décompensations justifiant des hospitalisations en 2013 et 2017, mais n'a pas connu de rémission depuis, nous faisant alors écarter le diagnostic de trouble dépressif récurrent.

Nous posons également le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline en raison des éléments anamnestiques de labilité de l'humeur, d'une impulsivité, d'une intolérance à la frustration, d'une instabilité relationnelle et professionnelle, d'une tendance aux conflits, d'une construction identitaire fragile, de la présence de traits narcissiques positifs et négatifs. Ces troubles présents depuis la vie de jeune adulte ont impacté la vie privée (conflits de couple à répétition, réseau amical nul) et professionnelle (difficulté de maintien d'un emploi) de l'assuré, mais semblent surtout décompensés depuis 2013.

Enfin, nous retenons le diagnostic de syndrome de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques devant des lombalgies chroniques avec initialement un substrat anatomique mais qui persistent et s'amplifient sans explication organique suffisante avec un vécu de handicap sévère, chez un assuré qui peut se montrer démonstratif, revendicateur, se positionnant en victime, avec une coopération insuffisante (pas de compliance médicamenteuse).

Nous notons que nous rejoignons dans nos diagnostics ceux émis par l'expert psychiatre antérieur. Cependant, nous relevons que le Dr M. _____ tend à intégrer l'ensemble des symptômes psychiques à la dynamique de majoration, parlant d'ailleurs de « majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychiques » dans le seul but d'obtenir une rente et minimise alors l'importance des autres diagnostics psychiques. Tout en conservant le diagnostic de

majoration, surtout pour expliquer la persistance d'un syndrome douloureux chronique, qui doit certes tempérer la gravité des signes relevés, nous considérons tout comme le psychiatre traitant, que ce sont des troubles de la personnalité, décompensés depuis 2013, qui sont au premier plan et rendent compte de la majorité des symptômes observés et des répercussions décrites d'isolement et de dépendance de l'assuré de son entourage.

[Suit l'énoncé des diagnostics tels que formulés dans la partie « En fait » ci-dessus, paragraphe C)]

4.3 Constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Pour la pathologie vertébrale, les limitations suivantes sont retenues : activité légère, positions de travail alternées, pas d'exposition aux vibrations corporelles, pas de porte-à-faux du tronc. Concernant les limitations psychiques évaluées selon le mini-CIF, elles sont une diminution de la capacité d'adaptation aux règles, une diminution de la flexibilité, une diminution de la capacité d'endurance, une faible aptitude à établir des relations et à évoluer au sein d'un groupe, une diminution des capacités à entretenir des relations proches et une diminution sévère des activités spontanées.

4.4 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

Les troubles de la personnalité diminuent les capacités de l'assuré à s'adapter aux règles et à évoluer au sein d'un groupe.

4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Les troubles de la personnalité de l'expertisé entravent les ressources de celui-ci.

Concernant les ressources externes, on note que l'entourage social est réduit. L'entourage familial est mobilisé par la prise en charge du fils cadet qui présente de graves troubles neurologiques.

4.6 Contrôle de cohérence

Les incohérences relevées (faible corrélation clinico-radiologique, absence de compliance médicamenteuse) ont justifié le diagnostic de dynamique de majoration.

L'analyse d'une journée quotidienne montre que tous les domaines de la vie sont uniformément impactés par les troubles psychiques de l'assuré. Il n'a pratiquement aucune activité, vit dépendant de son entourage familial et de manière totalement isolée.

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

La capacité de travail est nulle.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

La capacité de travail est nulle.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Nous considérons qu'en raison de l'importance des limitations fonctionnelles entraînées par les troubles psychiatriques avec effondrement des ressources, la capacité de travail de Monsieur F. _____ est nulle dans toute activité depuis 2013.

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

Les experts n'ont pas de proposition thérapeutique. »

c) En l'espèce, l'état de santé du recourant a fait l'objet d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, qui constitue l'examen à la fois le plus détaillé, le plus complet et le plus récent de la situation médicale du recourant. Le rapport d'expertise du 13 octobre 2020 et ses annexes contiennent une anamnèse complète selon les éléments du dossier et selon l'expertisé, y compris les plaintes et données subjectives, tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique ; ils relatent les examens cliniques rhumatologique et de médecine interne, le status psychiatrique, l'examen du dossier radiographique et les examens complémentaires de laboratoire réalisés. L'expertise se fonde ainsi sur des examens complets, prend dûment en considération les plaintes de la personne examinée et a été établie en pleine connaissance du dossier. Par ailleurs, les experts ont décrit la vie quotidienne de l'intéressé, exposé la prise en charge et les mesures thérapeutiques prescrites, évalué la cohérence et la plausibilité de même qu'ils ont examiné les capacités, ressources et difficultés du recourant. L'expertise contient une appréciation et une discussion du cas très détaillées sur le plan somatique et sur le plan psychiatrique, décrivant clairement le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et les conclusions des experts – qui expliquent de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles ils se rallient ou s'écartent le cas échéant des conclusions des autres experts et spécialistes qui se sont précédemment exprimés sur les atteintes à la santé du recourant et sur les répercussions de ces atteintes sur sa capacité de travail – sont bien motivées. L'expertise judiciaire remplit ainsi tous les critères posés par la

jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être accordée, comme l'a admis l'office intimé à la suite de l'analyse du rapport d'expertise effectuée par le Dr N._____ du SMR (cf. avis médical du 11 novembre 2020), et il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions des experts judiciaires, ce dont les parties ne disconviennent pas.

d) Partant, il y a lieu de retenir que le recourant présente une incapacité totale de travail en toute activité depuis le mois de septembre 2013. Dans la mesure où l'incapacité de travail du recourant se confond avec son incapacité de gain, il convient de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2014, soit à l'expiration du délai d'attente d'une année déterminant pour l'ouverture du droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b LAI).

7. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que F._____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2014.

8. a) 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'office AI, qui succombe.

b) 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 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois 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. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 26 avril 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que F. _____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2014.

- III. Les frais judiciaires, 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 2'500 fr. (deux mille cinq cents 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 François Gillard, avocat (pour F. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :