

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

X._____, à U._____, recourant, représenté par Me Eric Stauffacher,
avocat à Lausanne,

et

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

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1971 et titulaire d'un permis C, était manoeuvre dans le bâtiment.

a) Souffrant de problèmes de dos, X._____ a déposé, en 1996, une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Estimant, au terme de l'instruction menée, que l'assuré était susceptible d'exercer à plein temps une activité adaptée (ménageant le port de charges et permettant l'alternance des positions), l'office AI a, par décision du 5 octobre 2000, refusé à l'assuré tout droit à une rente.

b) Après avoir repris une activité dans le domaine du génie civil, X._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'office AI le 8 septembre 2009 en raison de douleurs lombaires. Il a indiqué être en incapacité de travail à 100 % depuis le 5 janvier 2009.

Par décision du 15 mars 2013, l'office AI a refusé tout droit à une rente ainsi qu'à des mesures professionnelles dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assuré, sans qu'un préjudice important ne subsiste.

c) Entre 2012 et 2014, l'assuré a travaillé comme chauffeur de bus scolaire, tout en exerçant parallèlement un emploi de conciergerie à 50 % conjointement avec son épouse. Le 5 mai 2014, il est tombé d'un arbre dont il était occupé à couper quelques branches, ce qui a entraîné une incapacité totale de travail et le dépôt d'une nouvelle demande de prestations le 18 novembre 2014.

Sur la base des renseignements recueillis sur l'état de santé somatique et psychique de l'assuré, l'office AI a, par décision du 6 décembre 2016, refusé l'octroi d'une rente ainsi que de mesures

professionnelles. Il a considéré que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (alternance des positions, pas de travail régulier en position accroupie, à genoux ou sur des échelles, pas de travail les bras au-dessus de l'horizontale, pas de port de charges de plus de 8 à 10 kg, pas de station assise prolongée de plus de 60 minutes, pas de station debout prolongée de plus de 60 minutes, pas de position en rotation du tronc maintenue et/ou répétitive).

Par acte du 23 janvier 2017, X. _____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, concluant à l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité.

En cours d'instruction, l'assuré a fait état d'une aggravation de son état de santé psychique à la suite d'un grave épisode de tentamen en septembre 2017.

Par arrêt du 20 décembre 2018 (cause AI 17/17 - 1/2019), la Cour des assurances sociales a rejeté le recours formé par l'assuré contre la décision du 6 décembre 2016 et transmis le dossier à l'office AI pour suite utile en considérant notamment ce qui suit :

5.

[...]

d) Par conséquent, sur le plan médical général, le recourant disposait, au moment où la décision litigieuse a été rendue, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (activité autorisant l'alternance des positions, sans position régulière accroupie, à genoux ou sur des échelles, sans position des bras au-dessus de l'horizontale, sans port de charge de plus de 8 à 10 kg, sans station assise prolongée de plus de 60 minutes, sans station debout prolongée de plus de 60 minutes, sans position en rotation du tronc maintenue et/ou répétitive).

e) Cela étant, le dossier doit être transmis à l'intimé afin qu'il examine si le recourant ne peut pas prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période postérieure à la décision litigieuse, eu égard notamment à la décompensation survenue au cours du mois de septembre 2017.

d) Reprenant l'instruction, l'office AI a confié au Centre F._____ à W._____ la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne générale (Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale), psychiatrique (Dre R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) et rhumatologique (Dr Z._____, spécialiste en rhumatologie). Dans leur rapport de synthèse du 16 septembre 2019 (évaluation consensuelle), les experts ont posé les diagnostics - ayant ou non une incidence sur la capacité de travail - de douleur lombaire avec sciatalgie gauche sur discopathie L5-S1 et arthrose postérieure, de douleur cervicale sur une hernie discale C5-C6 médiane sans conflit disco-radriculaire, de douleur dorsale post fracture de T7 et T12, de trouble douloureux somatoforme associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique, de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen avec syndrome somatique), de structure de personnalité dépendante, immature et passive avec éléments projectifs et de status après dissection bilatérale des artères vertébrales carotidiennes internes et de l'artère rénale droite sur probable dysplasie fibromusculaire. Les experts ont estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, elle était, tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique, de 100 % avec une baisse de rendement de 20 %. Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : une asthénie, une fatigabilité, une tendance à la somatisation ainsi qu'une anxiété avec perte de moyens et désorganisation ; l'assuré éprouvait également des difficultés à s'adapter à des situations nouvelles ; quant à la conduite professionnelle, elle était contre-indiquée en raison de la prise journalière de méthadone et d'anxiolytiques. Sur le plan rhumatologique, l'activité devait être compatible avec les limitations suivantes : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kilos, pas de porte-à-faux du buste, port de charge limité à 8 kilos, pas de rotation du buste, pas de travail en hauteur, pas de conduite automobile ou d'engins (méthadone) et nécessité de changer de position régulièrement (toutes les demi-heures).

Le 18 octobre 2019, le Dr V._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a fait sienne l'appréciation du Centre F._____.

Par projet de décision du 13 février 2020, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2018 au 31 octobre 2019, motif pris que, dès le 15 juillet 2019 [date de l'examen psychiatrique réalisé par la Dre R._____, réd.], l'intéressé présentait, compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %, une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées.

Dans un rapport du 24 mars 2020 à l'office AI, le Dr E._____ a fait état d'une péjoration de l'état de santé de son patient. Sur le plan somatique, les traitements instaurés n'avaient abouti à aucune amélioration tandis que la situation psychiatrique s'était globalement détériorée. A cet égard, le Dr E._____ a joint un rapport établi le 23 mars 2020 par le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant. Celui-ci y contestait la capacité de travail retenue par sa consoeur R._____ en raison des carences entachant son expertise. Outre qu'elle ne reflétait pas la réalité, elle contenait de nombreuses erreurs et contradictions. De plus, les limitations fonctionnelles retenues faisaient fi de l'existence d'un trouble dépressif récurrent sévère évoluant vers une chronicité auquel était associé un trouble douloureux somatoforme présent depuis plusieurs années. D'après le Dr G._____, la réalité clinique de son patient excluait toute capacité de travail dans quelque activité que ce soit.

Dans un rapport du 15 mai 2020, le Dr E._____ a émis diverses critiques à l'encontre du volet psychiatrique de l'expertise du Centre F._____. Se chargeant du suivi de l'assuré depuis plusieurs années, il n'avait constaté aucun signe d'une éventuelle amélioration de son état de santé, que cela soit du point de vue somatique ou psychiatrique. Au contraire, les ressources psychiques de son patient lui paraissaient considérablement affaiblies au regard des répercussions de

sa maladie sur sa situation psycho-sociale et familiale, ce d'autant que son épouse avait été elle-même confrontée à une grande souffrance au travail ayant abouti à un licenciement.

Sollicité pour détermination, le Dr V._____ a indiqué qu'aucun des rapports médicaux fournis depuis son avis du 18 octobre 2019 n'avait apporté d'élément médical objectif nouveau, si bien qu'il n'y avait pas lieu de revenir sur sa précédente appréciation (avis médical du 14 juillet 2020).

Par décision du 2 octobre 2020, l'office AI a entériné l'octroi d'une rente d'invalidité conformément à son projet de décision du 13 février 2020.

B. a) Par acte du 5 novembre 2020, X._____, par l'intermédiaire de Me Eric Stauffacher, avocat à Lausanne, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision précitée en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité lui est reconnu dès le 1^{er} septembre 2018 sans limite dans le temps, subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, l'assuré contestait le volet psychiatrique de l'expertise du Centre F._____, arguant de la contradiction entre l'évaluation de la Dre R._____ et l'avis de ses médecins traitants. A cet égard, il reprochait à l'office AI de ne pas tenir compte des avis médicaux attestant de l'aggravation de son état de santé, notamment s'agissant de la chronicité de son état psychiatrique. Aussi sollicitait-il « la mise en œuvre d'une contre-expertise du point de vue de la psychiatrie tendant à déterminer correctement les atteintes à sa santé et leurs répercussions sur sa capacité de travail dans les activités professionnelles exercées jusque-là ou dans d'autres activités professionnelles adaptées ».

b) Dans sa réponse du 7 janvier 2021, l'office AI s'est référé à l'avis du SMR du 18 octobre 2019, lequel reprenait la conclusion du

rapport d'expertise du Centre F. _____ du 16 septembre 2019. Relevant pour le reste qu'il n'existait pas de droit formel à une expertise ou à un deuxième avis médical, il a conclu au rejet du recours.

c) Par réplique du 25 mars 2021, l'assuré a précisé en quoi il estimait que l'expertise de la Dre R. _____ était lacunaire, contradictoire et erronée. A l'appui de ses allégations, il a produit un rapport du 9 mars 2021 du Dr G. _____, dans lequel celui-ci exposait les raisons médicales à l'origine d'une incapacité totale de travail perdurant depuis plusieurs années. L'assuré a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique « en accord avec la nouvelle jurisprudence rendue à ce sujet ».

d) Dupliquant en date du 14 avril 2021, l'office AI a une nouvelle fois renvoyé aux avis du SMR des 18 octobre 2019 et 14 juillet 2020, selon lesquels les éléments médicaux produits n'étaient pas de nature à modifier son appréciation. Il a derechef conclu au rejet du recours.

e) Le 13 septembre 2021, le magistrat instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dont il a confié la réalisation au Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

f) Dans son rapport du 21 décembre 2021, le Dr T. _____ a diagnostiqué - avec effet sur la capacité de travail - un trouble dépressif caractérisé, récurrent, sévère ; un trouble panique ; une agoraphobie ; un trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante chronique, grave, associé à des plaintes somatiques multiples ; un trouble à l'usage de l'alcool, léger ; un trouble à l'usage d'anxiolytiques, léger ; un fonctionnement intellectuel limite probable et un trouble de la personnalité limite, décompensé. Il a estimé que la capacité de travail était nulle en toute activité depuis le mois de septembre 2017.

g) Dans ses déterminations du 2 février 2022, l'assuré a déclaré n'avoir aucune remarque à formuler à propos de l'expertise du Dr T._____.

h) S'exprimant le 3 février 2022, l'office AI a renvoyé à l'avis établi le 24 janvier 2022 par le Dr V._____, dans lequel celui-ci se ralliait à l'appréciation du Dr T._____ et concluait à l'existence d'une incapacité de travail totale en toute activité depuis le mois de septembre 2017.

i) Prenant acte des déterminations de l'office AI, l'assuré a, par courrier du 28 février 2022, conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du mois de septembre 2017 à tout le moins.

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. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 2 octobre 2020 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la

situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

5. a) 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).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit

également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. a) Il ressort du dossier que le recourant présente, en sus de douleurs au niveau du rachis à l'origine de plusieurs limitations

fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg ; pas de porte-à-faux du buste ; port de charge limité à 8 kg ; pas de rotation du buste ; pas de travail en hauteur ; changement régulier de positions), principalement une symptomatologie anxiodépressive.

b) Au vu des différentes pièces versées au dossier, il n'était pas possible de se prononcer sur l'évolution de la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique depuis la décompensation dont il avait été la victime au mois de septembre 2017, si bien qu'il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

aa) Il convient tout d'abord de souligner l'existence de contradictions conséquentes entre les différentes pièces médicales figurant au dossier de l'office intimé, soit, d'une part, le rapport d'expertise psychiatrique du 16 septembre 2019 établi par la Dre R. _____ et, d'autre part, les avis médicaux des Drs E. _____ (rapports des 1^{er} février 2018, 24 mars 2020 et 15 mai 2020) et G. _____ (rapports des 23 mars 2020 et 9 mars 2021).

Ainsi, la Dre R. _____ a retenu les diagnostics de trouble douloureux somatoforme associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique et de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen avec syndrome somatique). Elle a mis en évidence en particulier que l'assuré ne signalait spontanément aucune plainte psychique mais se centrait sur ses plaintes somatiques ; de même, si une symptomatologie anxiodépressive persistait au jour de l'expertise, elle n'était pas spontanément décrite au premier plan des plaintes spontanées, lesquelles concernaient la douleur et l'impact de celle-ci sur le fonctionnement journalier. A son avis, il s'agissait d'états dépressifs réactionnels, l'humeur dépendant des événements extérieurs auxquels l'assuré peinait à s'adapter ou accepter. Les chances de guérison étaient faibles au vu de la chronicisation de l'état de santé et des périodes alternant amélioration (notamment en 2009 et 2012 au moment de l'arrêt du traitement antidépresseur) et péjoration (2011 puis 2017) étaient escomptées en raison de la réponse adaptative aux événements externes.

La Dre R._____ a toutefois estimé que, si les ressources de l'assuré étaient limitées, ses capacités cognitives étaient préservées et qu'il avait l'expérience passée de différents postes de travail auxquels il avait pu s'adapter. Les difficultés résidaient dans la personnalité passive de l'assuré ainsi que dans son attitude projective et de victimisation. En dépit de ces difficultés, la capacité de travail était néanmoins entière avec une diminution de rendement de 20 % en raison des troubles du sommeil et des effets induits par le traitement à la méthadone.

De leur côté, les Drs E._____ et G._____ ont souligné la sévérité du trouble dépressif affectant le recourant ainsi que sa chronicité portant atteinte à tous les aspects de la vie sociale et pouvant aller jusqu'à l'existence de tendances suicidaires (cf. leurs rapports datés respectivement du 1^{er} février 2018 et du 9 mars 2021). Si les ressources psychiques n'étaient pas complètement absentes, elles étaient pour le moins considérablement affaiblies, en dépit de l'action des nombreux intervenants impliqués dans la prise en charge du recourant. Dans ce contexte, le Dr E._____ a mis en évidence que toutes les mesures de soutien médical et de traitement s'étaient soldées par des échecs (cf. rapport du 15 mai 2020). A l'instar du Dr G._____ (cf. rapport du 9 mars 2021), le Dr E._____ a évoqué une « évolution totalement catastrophique », excluant toute reprise d'une activité professionnelle à long terme (cf. rapport du 1^{er} février 2018).

bb) Ensuite, contrairement à ce qu'a retenu, en l'absence de tout esprit critique, le SMR dans ses avis des 18 octobre 2019 et 14 juillet 2020, il n'est pas possible d'attribuer une pleine valeur probante au rapport d'expertise de la Dre R._____.

aaa) En ce qui concerne plus particulièrement le status psychiatrique, il y a lieu de constater la pauvreté des constatations cliniques malgré la bonne collaboration attestée du recourant (rapport d'expertise du 16 septembre 2019, p. 18). De même, la section du rapport consacrée à l'appréciation de la partie non médicale du dossier ne contient qu'une énumération succincte des différentes mesures de

réinsertion, respectivement des mesures d'intervention précoce, mises en place par l'intimé. L'experte ne fournit en outre pas de description minutieuse d'une journée-type du recourant, se contentant de lister quelques informations, alors que cet élément est fondamental pour apprécier les répercussions de la maladie dans les différentes sphères de la vie quotidienne. L'expertise ne contient pas non plus de 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 que très brièvement évoquées.

bbb) Sur le fond, on peut relever le manque de discussion structurée des diagnostics. En l'absence de référence explicite aux éléments anamnestiques ou aux observations cliniques effectuées, on ignore sur quels éléments précis l'experte a retenu ou écarté tel ou tel diagnostic. C'est par exemple le cas pour le diagnostic d'état dépressif chronique sévère évoqué par le Dr E. _____ (cf. rapport du 1^{er} février 2018), qui n'a, semble-t-il, pas été examiné par la Dre R. _____. S'agissant du trouble douloureux somatoforme en particulier, l'argumentation de l'experte se limite à citer des généralités issues de la littérature médicale, sans procéder à une contextualisation. De fait, on peut regretter que l'experte, qui n'a vu le recourant qu'à une seule reprise, n'ait pas pris le temps d'échanger avec ses médecins traitants au sujet de ses conclusions pourtant nettement divergentes et que, partant, le rapport d'expertise ne contienne pas de confrontation avec les avis de ces derniers. Compte tenu du contexte dans lequel l'expertise avait été ordonnée – soit une aggravation significative de l'état de santé psychique du recourant à la suite d'un tentamen médicamenteux survenu au mois de septembre 2017 –, il était pourtant indispensable que la Dre R. _____ discute le contenu des évaluations psychiatriques au dossier et prenne position de manière circonstanciée. Or le rapport d'expertise ne contient aucune constatation ni explication quant à l'évolution de l'état de santé psychique depuis la décompensation psychique de septembre 2017. C'est enfin le lieu de souligner le caractère contradictoire des conclusions de l'experte, dans la mesure où elle retient – sans véritable motivation – une

importante capacité résiduelle de travail sur le plan psychiatrique, alors même qu'elle constate la persistance d'une symptomatologie anxiodépressive, fait état d'une situation chronicisée, mentionne des ressources limitées et décrit d'importantes limitations au quotidien.

7. Cela étant, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr T._____, lesquelles ne sont d'ailleurs pas contestées par l'office intimé.

a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 21 décembre 2021 remplit en effet toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Fruit d'un examen approfondi du cas, il repose sur des investigations particulièrement fouillées. S'ouvrant par un rappel du motif de l'expertise, le rapport contient une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, affective, professionnelle et sociale), décrit le contexte asséurologique et médical déterminant, résume les plaintes du recourant, relate l'examen clinique et le status psychiatrique, de même qu'il rend compte du résultat des tests et des analyses de laboratoire ainsi que de l'examen neuropsychologique pratiqués. Il contient une appréciation et une discussion du cas très détaillées ainsi que les réponses aux questions du Tribunal.

b) Sur le plan matériel, l'expert judiciaire a examiné la situation à l'aune des différents indicateurs posés par la jurisprudence. Pour parvenir aux diagnostics retenus, il a pris en compte les plaintes du recourant et les a confrontées à ses constatations objectives et aux résultats des tests et examens complémentaires pratiqués. Il a également pris un soin particulier à exposer les motifs pour lesquels il retenait les diagnostics posés et leur interaction réciproque. Pour évaluer la capacité de travail du recourant, le Dr T._____ s'est attaché à distinguer les éléments cliniques objectifs des aspects purement subjectifs. Il a considéré que le recourant était en souffrance psychique de longue date et que la situation s'était clairement péjorée à la suite du tentamen du mois de septembre 2017. En résumé, l'appréciation de l'expert judiciaire procède d'une analyse détaillée de la situation, cohérente avec les

éléments au dossier, fondée sur des constatations objectives et dûment motivée.

c) Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir que le recourant ne dispose plus d'aucune capacité de travail depuis la décompensation psychique dont il a été la victime au mois de septembre 2017.

8. On relèvera pour finir qu'il n'y a pas lieu de revenir sur le contenu de l'arrêt rendu par la Cour de céans le 20 décembre 2018, dès lors que les considérations émises par le Dr T. _____ au sujet de la capacité de travail du recourant pour la période antérieure au mois de septembre 2017 reposent pour l'essentiel sur des hypothèses qui ne sont nullement corroborées par des éléments médicaux objectifs.

9. En définitive, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer la décision du 2 octobre 2020, en ce sens que X. _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2018 (art. 28 al. 1 let. b LAI).

10. a) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

b) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 4'200 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif vu la

liste des opérations produite par Me Stauffacher. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 2 octobre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que X. _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2018.

- 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 X. _____ une indemnité de 4'200 fr. (quatre mille deux 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 Eric Stauffacher, avocat (pour X. _____),
- 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 :