

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 novembre 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mme Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourant, représenté par Me Marc Mathey-Doret, avocat
à Genève,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI.

E n f a i t :

A. Le 21 janvier 2002, X._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes auprès de l'Office AI du canton de Fribourg (ci-après : l'Office AI FR), exposant souffrir de lombalgies et d'un état dépressif.

Dans le cadre de l'examen de sa demande, l'Office AI FR a notamment recueilli les rapports des 6 avril 2001 et 18 mars 2002 de la Dre C._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, un rapport du 1^{er} mars 2002 du Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, ainsi qu'un rapport du 23 avril 2003 du Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ces différents médecins ont diagnostiqué, avec un effet sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité légère à sévère (épisode actuel d'intensité moyenne) chez une personnalité émotionnellement labile, type borderline, avec traits psychotiques défendus par des traits caractériels (existant depuis une dizaine d'années), des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples (héroïne, cocaïne, cannabis, alcool ; depuis l'âge de seize ans), syndrome de dépendance en rémission, utilisation actuelle épisodique d'héroïne et cocaïne, ainsi que des dorso-lombalgies chroniques sur séquelles de maladie de Scheuermann (depuis la naissance), aggravées et récidivantes après un accident de travail survenu en 1997.

Par décision du 14 novembre 2003, l'Office AI FR a octroyé le droit à une rente d'invalidité entière à l'assuré à compter du 1^{er} mars 2002, compte tenu d'un degré d'invalidité de 100 %.

B. Par communications des 24 mars 2006 et 20 juillet 2010, l'Office AI FR, puis l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) ont maintenu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité.

C. Le 1^{er} janvier 2014, l'Office AI a entamé une procédure de révision d'office du droit à la rente d'invalidité de l'assuré. Dans ce contexte, il a recueilli des renseignements auprès des différents intervenants consultés par l'assuré, dont les rapports des 29 mai 2015 et 20 avril 2016 du Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, et les rapports des 1^{er} février et 2 septembre 2016 de la Fondation D._____, auprès de laquelle l'assuré était suivi depuis le mois d'octobre 2014 et recevait un traitement de substitution aux opiacés, une psychothérapie individuelle et un accompagnement psychosocial. Le Dr S._____ a posé les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de dorsolombalgies chroniques sur séquelles de maladie de Scheuermann, d'épisodes dépressifs récurrents et de trouble de la personnalité type borderline ; l'évolution de l'état de santé était stationnaire depuis 2002 et la capacité de travail était nulle dans toute activité depuis 2014 (et « sans doute » antérieurement à cette période).

Le 6 mars 2018, l'Office AI a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire sur les plans rhumatologique, de la médecine interne générale et psychiatrique, laquelle a été confiée à R._____ (ci-après : le R._____).

Dans un rapport d'expertise du 14 janvier 2019, les Drs F._____, spécialiste en rhumatologie, G._____, médecin praticien, et O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu l'absence de diagnostic ayant un impact sur la capacité de travail de l'assuré. Ils ont en revanche diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples ainsi que des troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives (l'expertisé utilisant actuellement des substances) sans symptômes physiques, une personnalité dyssociale, une obésité II avec un déconditionnement physique, un syndrome d'apnée du sommeil (appareillé), des carences en vitamines D et B12 (supplémentées), un début d'emphysème bilatéral avec un tabagisme actif (un paquet par

jour), une constipation chronique iatrogène probable morphinique et des hémorroïdes. Selon les experts, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité et ne présentait pas de limitations fonctionnelles. Du point de vue de la médecine interne et rhumatologique, cette capacité de travail avait toujours été entière. Sur le plan psychiatrique, les experts ont considéré que l'assuré avait longtemps été sous l'emprise de produits psychoactifs, ce qui avait « fait flamber » des traits de personnalité particuliers pathologiques ; il avait ainsi été en incapacité de travail jusqu'en 2015. Toutefois, « une amélioration était notable et notée dans les dossiers médicaux depuis 2016 ». En conclusion, les experts ont retenu que la capacité de travail était entière dans toute activité depuis le 1^{er} janvier 2016.

Dans un rapport du 29 mai 2020, la Dre E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et en médecine de l'addiction pour la Fondation D._____, a considéré que l'assuré n'était pas apte à exercer une activité professionnelle, qu'il n'existait pas de capacité de réinsertion professionnelle et que la seule mesure envisageable était le versement d'une rente, compte tenu des affections physiques et psychiques de son patient.

Par projet de décision du 3 juillet 2020, l'Office AI a informé l'assuré qu'il entendait supprimer son droit à une rente d'invalidité.

Par actes des 24 juillet, 2 novembre et 18 novembre 2020, l'assuré a contesté ce projet de décision. A l'appui de ses contestations, il a produit un rapport du 17 novembre 2020 de la Dre E._____, où ce médecin confirmait ses conclusions du 29 mai précédent quant à l'incapacité de travail complète de l'assuré et à l'évolution stationnaire au niveau de l'humeur, de la problématique algique et sur le plan addictologique ; précisant que les diagnostics consistaient en une dépendance aux opiacés (au bénéfice d'une cure de substitution), une dépendance à la cocaïne avec utilisation continue, un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) sans syndrome somatique et un trouble de la personnalité émotionnelle labile de type borderline ; elle notait

également des lombodorsalgies chroniques mécaniques aspécifiques avec présence d'une arthrose facettaire modérée sur les derniers niveaux lombaires, produisant à l'appui de ses explications des rapports des 14 février et 3 novembre 2020 du Dr K._____, spécialiste en anesthésiologie.

Dans un avis du 17 décembre 2020, le Dr T._____, médecin auprès du Service Médical Régional de l'Office AI (ci-après : le SMR), a considéré que les rapports des médecins traitants de l'assuré n'étaient pas propres à remettre en question les conclusions probantes du rapport d'expertise du 14 janvier 2019 du R._____.

Par décision du 21 décembre 2020, l'Office AI a supprimé le droit à la rente d'invalidité de l'assuré, au motif que celui-ci avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle (sans limitations fonctionnelles) depuis le 1^{er} janvier 2016 à la suite d'une amélioration de son état de santé.

D. **a)** Par acte du 27 janvier 2021, X._____, représenté par Me Marc Mathey-Doret, avocat à Genève, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 21 décembre 2020, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité entière était ouvert dès le 1^{er} mars 2002 et subsidiairement à son annulation avec renvoi de la cause à l'office intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, il se prévalait de l'absence de valeur probante de l'expertise du 14 janvier 2019 du R._____ et d'amélioration de son état de santé dès 2016, celui-ci étant demeuré stationnaire.

b) Dans sa réponse du 6 avril 2021, l'Office AI a conclu au rejet du recours, considérant que le rapport d'expertise du R._____ et ses conclusions étaient probants.

c) Répliquant le 29 avril 2021, X._____ a maintenu ses conclusions du 27 janvier 2021 et requis, principalement, qu'une expertise

pluridisciplinaire sur les aspects rhumatologique, psychiatrique et addictologique soit mise en œuvre et, subsidiairement, l'audition du Dr S._____, de V._____ et de sa compagne.

d) Le 26 mai 2021, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique dont il a confié la réalisation à la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

e) Dans son rapport d'expertise judiciaire du 28 mars 2022, la Dre M._____ a diagnostiqué des troubles mixtes de la personnalité, à traits émotionnellement labiles de type impulsifs et dyssociaux, un trouble dépressif récurrent (épisode actuel léger), un syndrome douloureux somatoforme persistant, un syndrome de dépendance à l'héroïne, actuellement sous traitement de substitution, et une utilisation de cocaïne nocive pour la santé. Elle a retenu que X._____ présentait une totale incapacité de travail, que cela soit dans le milieu économique normal ou dans des milieux protégés, depuis le mois de mars 2001, à tout le moins.

f) Dans ses déterminations du 25 avril 2022, auxquelles était joint un avis SMR du 12 avril 2022, l'Office AI a indiqué ne pas disposer d'élément pour s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire.

g) X._____ ne s'est pas déterminé plus avant.

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 ; étant précisé que le nouveau domicile du recourant constitué à Genève en 2016 n'a ainsi aucune

conséquence sur la compétence de la Cour de céans), 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 de 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 a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si son état de santé s'est amélioré - de manière à influencer son droit à la rente - entre le 14 novembre 2003, date de la décision initiale par laquelle cette prestation lui a été accordée, et le 21 décembre 2020, date de la décision litigieuse.

3. 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 21 décembre 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).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation

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

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

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un

changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2).

5. 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

6. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées).

b) Il convient 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 la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée 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 la personne

assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle 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 (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée 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).

7. En l'occurrence, au terme d'une procédure de révision initiée d'office en 2014, l'intimé a retenu, en se fondant sur l'expertise, que l'état de santé du recourant s'était amélioré et qu'il avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité à compter du 1^{er} janvier 2016. Il convient dès lors d'en examiner la valeur probante.

a) Sur le plan somatique, il y a lieu de constater que le recourant ne présente aucune atteinte somatique susceptible d'influer sur sa capacité de travail.

aa) Sur le plan de la médecine interne générale, la Dre G. _____ a diagnostiqué une obésité de stade 2 et un déconditionnement physique, un syndrome d'apnée du sommeil, des carences en vitamines D et B12, un début d'emphysème bilatéral avec un tabagisme actif, une constipation chronique iatrogène probable morphinique et des hémorroïdes. L'experte a considéré de manière concluante que ces atteintes étaient stables et bien contrôlées - le recourant étant appareillé pour son syndrome d'apnée du sommeil et supplémenté pour ses carences en vitamines -, n'entraînaient pas de déficit et n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail, celle-ci ayant toujours été de 100 %. Aucun des rapports médicaux contenus au dossier ne remet en cause ces conclusions.

bb) Sur le plan rhumatologique, le Dr F. _____ n'a retenu aucun diagnostic. Il a notamment relevé que le recourant n'avait pas de suivi rhumatologique, hormis durant une courte période en 2001 auprès de la Dre C. _____, était simplement suivi par son médecin traitant généraliste et ne bénéficiait pas de thérapie antalgique spécifique, excepté de la physiothérapie et de l'ostéopathie en cas de blocage lombaire. L'examen rhumatologique était satisfaisant et une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques du 16 octobre 2018 ne mettait pas en évidence de pathologie inflammatoire au niveau de la colonne lombaire et des articulations sacro-iliaques, de hernie discale ou de rétrécissement canalaire. Des signes inflammatoires de type spondylarthropathie, respectivement une maladie inflammatoire chez le recourant étaient exclus, conclusion qui était également confirmée par un rapport de laboratoire du 18 octobre 2018. Ces constatations se recourent d'ailleurs avec celles du rapport du 6 avril 2001 de la Dre C. _____, dans lequel celle-ci retrouvait, sur des radiographies de la colonne dorsale et lombaire, des articulations sacro-iliaques normales - tout en notant des séquelles de

maladie de Scheuermann sur la colonne dorsale et un spondylolisthésis de 1 mm (sans lyse) - et indiquait que les examens sanguins étaient normaux. En l'absence de diagnostic rhumatologique, l'expert a considéré que la capacité de travail avait toujours été complète dans toute activité, sans limitations fonctionnelles. Cette appréciation ne saurait être mise en cause par les rapports des médecins traitants du recourant. Dans ses rapports des 29 mai 2015 et 20 avril 2016, le Dr S._____ s'est limité à reprendre le diagnostic de dorsolombalgies chroniques sur séquelles de maladie de Scheuermann posé par la Dre C._____. Il n'a toutefois pas fait état du status rhumatologique du recourant ni du résultat d'examens objectifs, telles que des IRM ou des radiographies. De surcroît, ce médecin a retenu des diagnostics psychiatriques incapacitants et effectué une appréciation globale de la capacité de travail du recourant sans distinguer l'impact des différents types d'atteintes sur la capacité de travail, de sorte qu'il n'est pas possible de déterminer l'importance d'une éventuelle problématique rhumatologique par rapport aux troubles psychiatriques, lesquels paraissent être l'élément incapacitant prédominant, voire unique. Pour sa part, le Dr K._____, dans ses rapports des 14 février et 3 novembre 2020, n'a pas apprécié la capacité de travail du recourant.

b/aa) Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas lieu d'attribuer une quelconque valeur probante aux conclusions de la Dre O._____, tant les lacunes de son évaluation sont importantes.

En effet, son expertise se distingue notamment par le caractère particulièrement succinct, voire superficiel, et erroné de son anamnèse. Cette carence est d'autant plus évidente lorsque ladite anamnèse est comparée à celle effectuée par le Dr B._____ dans son rapport du 23 avril 2003. L'experte a omis de revenir sur des événements essentiels de la vie du recourant, singulièrement sur le fait que celui-ci avait, dès son plus jeune âge et jusqu'à la fin de son adolescence, évolué dans un environnement sectaire. Il avait fréquenté la communauté P._____ dès l'âge de trois ans, y avait été scolarisé dès l'âge de neuf ans et y avait vécu avec sa mère dès ses dix ans. Après ses études, il avait été engagé par la communauté en [...] pour construire des bâtiments sur une

période de quatre ans, au cours de laquelle il avait été soumis à des conditions de vie difficiles. Si l'experte s'est ensuite brièvement penchée sur le reste du parcours du recourant, mentionnant qu'il était revenu en [...], s'était enrôlé dans l'armée [...] et avait participé à des missions en [...] ou en [...], elle a négligé de mentionner les effets dévastateurs sur l'équilibre psychique du recourant et de la perte du cadre strict qu'il avait précédemment connu au sein de la communauté et de l'armée. De surcroît, l'experte est partie de la prémisse erronée que le traitement actuellement mis en place consistait en de la morphine lente (laquelle avait stabilisé la symptomatologie douloureuse et le moral du recourant, selon les dires de ce dernier), que le traitement de substitution de Méthadone avait été arrêté en 2015 et que le recourant avait été sevré de certaines substances. Or celui-ci continuait de suivre un traitement quotidien de Sevre-Long (mentionné d'ailleurs par les experts rhumatologue et en médecine interne générale) dans le cadre de son suivi pluridisciplinaire auprès de la Fondation D. _____ et n'avait ainsi jamais cessé son traitement de substitution pour l'héroïne. En réalité, la cure à base de Méthadone avait été changée en 2015 en raison d'effets indésirables par le Sevre-Long, ce qui ressort des rapports des 29 mai 2015, 1^{er} février 2016, 20 avril 2016 et 2 septembre 2016 du Dr S. _____ et du rapport du 17 novembre 2020 de la Dre E. _____.

Il est également relevé l'absence de discussion structurée et étayée des diagnostics. A la lecture de l'expertise, il n'est en effet pas possible de comprendre les raisons ayant poussé la Dre O. _____ à retenir ou écarter un diagnostic plutôt qu'un autre. Il est rappelé que l'experte a considéré qu'aucun diagnostic n'avait d'impact sur la capacité de travail du recourant ; néanmoins, elle a retenu, sans incidence sur la capacité de travail, des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives, sans symptômes physiques, et une personnalité dyssociale. Elle a ainsi exclu plusieurs diagnostics établis unanimement et de longue date par les différents médecins s'étant prononcés sur le cas du recourant depuis 2002, se fondant, de manière douteuse, sur des affirmations médicales d'ordre

général et sur les explications subjectives du recourant. Elle a particulièrement insisté sur le fait que ce dernier lui avait décrit une évolution positive nette de son état psychique, une amélioration de son humeur, un apaisement de la symptomatologie anxieuse, de son caractère et de ses troubles du comportement ainsi qu'une consommation de produits addictifs qui n'était plus pathologique, mais occasionnelle et contrôlée, se limitant à de l'alcool, du cannabis et de la cocaïne. Ces éléments entrent pourtant en totale contradiction avec l'intégralité des constatations objectives mentionnées dans l'intégralité des rapports des praticiens de la Fondation D._____, lesquels étaient à disposition de l'experte. Ainsi, en premier lieu, l'experte a nié l'existence d'un syndrome de dépendance aux opiacés, au motif que celui-ci n'était plus d'actualité, et retenu une consommation contrôlée de substances psychoactives. Cela étant, bien que le recourant soit parvenu à maintenir une abstinence à l'héroïne, il continuait toutefois de suivre une cure de substitution pour cette substance depuis 2014, sa dépendance étant dès lors toujours présente, et utilisait encore de manière nocive, voire addictive, de la cocaïne (cf. not. rapport du 17 novembre 2020 de la Dre E._____). En deuxième lieu, il paraît étonnant que l'analyse de l'experte se soit concentrée sur la problématique addictologique, tout en laissant de côté la symptomatologie douloureuse ou un potentiel diagnostic psychosomatique, alors même que l'expert rhumatologue n'avait pas retenu de diagnostic et qu'elle avait essentiellement rapporté des plaintes relatives à la symptomatologie douloureuse du recourant. En dernier lieu, l'experte a exclu la présence d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline aux motifs que ce diagnostic, d'une part, était plus souvent retenu chez les femmes - cette donnée statistique n'empêchant toutefois en rien qu'il puisse être présent chez le recourant - et que, d'autre part, il ne pouvait être retenu, compte tenu du fait que les symptômes psychotiques étaient probablement secondaires à la surconsommation de produits psychoactifs, état qui n'était plus d'actualité chez le recourant. Or, comme l'a exposé la Dre E._____ dans son rapport du 17 novembre 2020, la consommation de substances psychoactives n'empêchait pas un médecin psychiatre de

poser un diagnostic de trouble de la personnalité, cette association étant au contraire très fréquente.

Enfin, l'experte a retenu que le dossier faisait état d'une amélioration notable de l'état de santé du recourant dès le 1^{er} janvier 2016. Or rien de tel ne ressort des pièces contenues au dossier et on ne comprend pas sur quels motifs objectifs l'experte a fondé son appréciation. Elle n'a d'ailleurs pas étayé son point de vue, hormis en mentionnant vaguement que le recourant allait « beaucoup mieux depuis 2016 » grâce à la prise en charge de la Fondation D._____. Toutefois, aucun des praticiens de cette fondation n'a fait état d'une quelconque amélioration, qualifiant systématiquement l'état de santé du recourant de stationnaire. A cet égard, la Dre E._____, dans son rapport du 17 novembre 2020, a expressément souligné que l'interaction des troubles chez une personne présentant un trouble de personnalité marqué par une labilité émotionnelle avec une grande réactivité et un lent retour à l'humeur de base, une intolérance à la frustration, des accès de dysphorie, une interprétativité, une difficile gestion du stress, des difficultés dans les relations interpersonnelles marquées par l'impulsivité et la projectivité et une vision clivée de soi-même, rendait la stabilisation de l'état de santé du recourant très complexe et fragile.

bb) Au vu des différentes pièces versées au dossier, il n'était pas possible de se prononcer sur la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique et, partant, il se justifiait de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

8. En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions convaincantes du rapport d'expertise judiciaire du 28 mars 2022 de la Dre M._____, ce que ne conteste d'ailleurs pas l'intimé.

a) Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 28 mars 2022 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'experte judiciaire a rencontré le recourant à quatre reprises et a pris contact téléphoniquement avec les Drs S._____

et E._____, ainsi qu'avec V._____, psychologue et psychothérapeute. Elle a examiné son dossier médical complet et est revenu sur son historique familial, personnel, professionnel, social et affectif, singulièrement sur son enfance et son adolescence marquées par l'appartenance à une communauté sectaire (reprenant en détails les difficultés rencontrées par le recourant dans cet environnement jusqu'à sa dissolution et les traumatismes en découlant), sur son engagement dans l'armée, sur sa consommation de stupéfiants (relevant les multiples tentatives et échecs de sevrage depuis 1997), ses déboires avec la justice pénale et son incapacité à gérer ses affaires administratives et financières. Elle s'est renseignée sur ses activités quotidiennes et sur son emploi du temps et a décrit une vie sociale assez pauvre, le recourant ayant peu d'amis, n'ayant que des contacts très limités avec ses parents et s'étant séparé de sa dernière compagne, avec laquelle il avait eu un fils. Le rapport d'expertise contient par ailleurs une description complète des plaintes du recourant, que celles-ci portent sur les atteintes psychiatriques ou sur sa symptomatologie douloureuse.

b) Sur le plan matériel, l'experte judiciaire a mis en évidence des capacités limitées d'introspection et de remise en question, une estime de soi très faible, une impulsivité (une situation quelconque pouvant enclencher un processus psychique difficile à réfréner avec une montée de colère, laquelle, si elle n'était pas maîtrisée, pouvait exploser, soit verbalement, soit physiquement) et des phases de dépression (caractérisées par une humeur fortement abaissée, une perte de motivation, une fatigue, une léthargie, une aboulie avec une importante difficulté à répondre à ses besoins vitaux - se préparer à manger, s'occuper de son hygiène ou communiquer avec autrui -, une forte culpabilité, un isolement social et des angoisses).

L'experte judiciaire a également pris un soin particulier à exposer les motifs pour lesquels elle retenait les diagnostics posés ainsi que les corrélations existantes entre ceux-ci. En définitive, elle a retenu que le recourant présentait une sévère perturbation de la constitution caractérologique et des tendances comportementales, de manière durable

et profondément enracinée, et ce dans la plupart des secteurs de sa personnalité, avec des difficultés personnelles et sociales considérables, ainsi que des caractéristiques émotionnellement labiles, avec des variations d'humeur quotidiennes (liées au contexte), de graves dysfonctionnements dans ses relations à autrui (marqués par de très faibles capacités d'anticipation et des éclats de colère pouvant le conduire à de la violence interpersonnelle), un flagrant manque de contrôle des impulsions (avec une très faible tolérance à la frustration et un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité) ainsi qu'une attitude irresponsable manifeste et persistante. De surcroît, le trouble de la personnalité était à l'origine des autres pathologies, à savoir la dépendance à l'héroïne, l'utilisation nocive pour la santé de cocaïne, le trouble dépressif récurrent et le syndrome douloureux somatoforme persistant.

Pour évaluer la capacité de travail du recourant, l'experte judiciaire s'est attachée à distinguer clairement les éléments cliniques objectifs des aspects purement subjectifs. Selon elle, c'était son grave trouble de la personnalité - corroboré par tous les intervenants consultés au dossier, à l'exception de la Dre O. _____ - qui empêchait le recourant de travailler et de s'astreindre à des contraintes au sein desquelles on attendrait de lui des responsabilités vis-à-vis d'autrui ou de la société. Elle a considéré que les contraintes d'un travail dans le premier marché du travail engendreraient inévitablement une recrudescence de tensions interpersonnelles avec des manifestations impulsives, potentiellement agressives, une incapacité à se contraindre aux horaires et à se responsabiliser par rapport au respect des exigences d'un employeur, une recrudescence dépressive avec un repli sur lui-même et une incapacité à se rendre sur le lieu de travail et à fonctionner correctement ainsi qu'une potentielle reprise active de consommation de substances psychoactives pour calmer tant l'exacerbation des douleurs dorsales que les tensions psychiques et autres débordements émotionnels.

9. a) Par conséquent, il convient de retenir que le recourant est en complète incapacité de travail dans toute activité depuis le mois de mars 2001, à tout le moins, et que, partant, son état de santé ne s'est pas modifié de manière à influencer son droit à la rente depuis la décision par laquelle cette prestation lui a été accordée. Dans ces conditions, l'office intimé n'avait aucune raison objective de procéder à une suppression du droit à la rente d'invalidité du recourant.

b) Cela étant constaté, il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions de preuve subsidiaires du recourant, soit l'audition de plusieurs témoins, eu égard aux conclusions de l'expertise judiciaire, demandée à titre principal (sur l'appréciation anticipée des moyens de preuve, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} 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.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

d/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, le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire 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, la Cour de céans s'est vue contrainte de mettre en œuvre une expertise judiciaire en raison des graves lacunes de l'expertise de la Dre O._____, soit notamment les importantes carences dans l'anamnèse, l'incohérence totale des diagnostics retenus et l'affirmation dénuée de motivation de l'amélioration de l'état de santé du recourant au 1^{er} janvier 2016. Ces lacunes n'auraient pas dû échapper au SMR. L'expertise judiciaire a servi à pallier aux manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Dans ces conditions, il se justifie de mettre la totalité des frais de ladite expertise à la charge de l'office intimé, soit un montant de 9'000 francs.

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 21 décembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.
- III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. Les frais de l'expertise judiciaire réalisée par la Dre M. _____ par 9'000 fr. (neuf mille francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. _____ une indemnité de dépens de 3'000 fr. (trois mille francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Marc Mathey-Doret (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).

La greffière :