

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 juillet 2023

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Di Ferro Demierre, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffière : Mme Toth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**H.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par PROCAP, Service juridique, à  
Bienne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI.**

## **E n f a i t :**

**A.** H.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un Master en [...], a déposé le 22 décembre 2014 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant quant au genre de l'atteinte une dépression chronique depuis 1987 et une addiction aux opiacés depuis 1991 sous traitement de substitution.

Par rapport du 26 janvier 2015 à l'OAI, la Dre T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent depuis 1987 suite à un abus sexuel subi durant l'enfance et de toxicomanie secondaire substituée par la méthadone. Elle a indiqué que son patient avait bénéficié d'un suivi psychiatrique de 1994 à 1998, puis de 2004 à 2005, et qu'elle le suivait personnellement depuis le 30 septembre 2011, le traitement consistant en une psychothérapie de soutien et une médication (Cipralex, Xanax et Méthadone). A son sens, l'assuré était en incapacité de travail totale depuis le 30 septembre 2011. La psychiatre a noté que son patient était responsable informatique dans une petite structure, soit l'entreprise de son père, à 10 %, qu'il souffrait d'une mauvaise résistance au stress, de troubles du sommeil, d'une diminution de la concentration et qu'il était actuellement dans l'impossibilité de se conformer à un cadre professionnel, étant précisé qu'il était désinséré du marché du travail depuis 2009. Elle recommandait l'organisation d'un sevrage à l'Hôpital de G.\_\_\_\_\_, prévu dès le 16 février suivant, qui pourrait favoriser l'augmentation de la capacité de travail de l'intéressé.

Aux termes d'un rapport du 30 janvier 2015 à l'OAI, le médecin traitant de l'assuré, le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin praticien, a noté qu'il n'existait pas d'incapacité de travail pour raison somatique ni liée à la prise de méthadone.

Selon une note d'entretien téléphonique du 16 mars 2015 entre une collaboratrice de l'OAI et la Dre T.\_\_\_\_\_, l'assuré était sorti

depuis quelques jours de l'Hôpital de G.\_\_\_\_\_, après un sevrage à la méthadone. Ce séjour avait été très positif, puisque l'intéressé ne prenait plus de méthadone, avait retrouvé de l'énergie, était en forme physiquement, avait repris un rythme de vie compatible avec une activité professionnelle et se disait motivé et désireux de reprendre contact avec un environnement professionnel, son objectif étant à terme de mettre en valeur son diplôme [...]. La psychiatre traitante estimait ainsi que des mesures d'ordre professionnel pouvaient être engagées.

Dans un rapport initial du 20 avril 2015, le Service de réadaptation de l'AI a notamment noté que l'état de santé de l'assuré lui permettait d'envisager une reprise progressive d'activité, ce qui le motivait particulièrement, et qu'une mesure de réadaptation en centre était à privilégier.

A compter du mois de mai 2015, l'OAI a accordé différentes mesures à l'assuré, soit :

- une mesure de réinsertion sous la forme d'un entraînement progressif au sein du Centre [...] du 26 mai au 20 septembre 2015 (cf. communication de l'OAI à l'assuré du 20 mai 2015) ;

- une orientation professionnelle auprès de la Fondation [...] du 14 décembre 2015 au 14 avril 2016 (cf. communication de l'OAI à l'assuré du 21 décembre 2015) ;

- une orientation professionnelle avec prise en charge par l'AI du module VUNAP (Vers Une Nouvelle Activité Professionnelle) auprès de la Fondation [...] du 21 avril au 20 mai 2016 (cf. communication de l'OAI à l'assuré du 5 juillet 2016).

L'OAI a également pris en charge les frais d'une évaluation professionnelle auprès de K.\_\_\_\_\_ SA du 20 juillet au 23 septembre 2016 (cf. communication de l'OAI à l'assuré du 12 juillet 2016).

Par rapport du 9 août 2017 à l'OAI, la Dre T.\_\_\_\_\_ a observé que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était favorable. Sur le plan de la thymie dépressive, celui-ci avait pu arrêter les antidépresseurs et se montrait motivé à reprendre une nouvelle formation (HEP) afin de pouvoir enseigner les sciences. D'après elle, son patient était collaborant et respectueux du cadre thérapeutique ; il présentait encore un état anxieux et des troubles du sommeil mais avait une meilleure hygiène de vie, pratiquait régulièrement du sport et avait perdu dix kilos. Il faisait également de grands efforts de sociabilisation. La psychiatre traitante a estimé la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée à 50 % depuis le 7 mars 2017. Les limitations fonctionnelles consistaient en une fatigue liée aux troubles du sommeil dus à l'apnée du sommeil mal stabilisée, avec comme conséquence une difficulté à se lever le matin. Le traitement en cours se composait d'une psychothérapie de soutien et d'une médication (Xanax et Sèvre-Long).

Par rapport final du 23 janvier 2020, le Service de réadaptation de l'AI a résumé les mesures professionnelles mises en place, ainsi que l'observation professionnelle auprès de K.\_\_\_\_\_ SA, et fait part des constats suivants :

« Depuis lors, l'état de santé de M. H.\_\_\_\_\_ ne s'est malheureusement pas suffisamment amélioré ou stabilisé pour envisager une reprise des mesures professionnelles. Durant l'hiver 2016-2017, il est passé par une période très pénible, marquée par des symptômes dépressifs importants, une fatigue intense, un repli sur soi, et l'apparition d'apnées du sommeil. Au printemps 2017, une prise en charge plus globale, également axée sur l'amélioration de l'hygiène de vie - nutrition, activité sportive - a été mise en place.

En 2018-2019, notre assuré, souhaitant s'engager dans une formation pédagogique pour enseigner les mathématiques, a approché la HEP. Mais à nouveau, son projet n'a pas pu se concrétiser en raison de son état de santé. Il a souffert d'une mononucléose qui lui a fait manquer une première échéance, puis a à nouveau été freiné par son atteinte psychique.

Dans ce contexte, M. H.\_\_\_\_\_ a progressivement augmenté de manière importante sa consommation d'anxiolytiques (Xanax) pour arriver à 6-7 mg/jour en été 2019, ce qui a occasionné des effets secondaires invalidants. Actuellement, il tente de diminuer sa consommation par lui-même, ce qui le rend très vulnérable. Il décrit de la somnolence, des étourdissements, une diminution de la vigilance, de la capacité à structurer sa pensée et à s'exprimer clairement, une fatigue physique et cognitive (mémoire,

concentration, ralentissement de la pensée) et parfois des tremblements. Il ne parvient pas à respecter un rendez-vous avant midi.

A partir de fin janvier 2020, il consultera le remplaçant au cabinet de la Dre T.\_\_\_\_\_, Dr F.\_\_\_\_\_. Il espère notamment pouvoir aborder et travailler sur la question de sa dépendance aux benzodiazépines, qui le limite considérablement à ce jour.

**Conclusion :**

Pour l'instant, M. H.\_\_\_\_\_ reste trop limité par les troubles anxio-dépressifs et sa dépendance pour s'engager dans des mesures professionnelles même de bas seuil.

Nous interrompons notre suivi et préconisons une instruction rente. »

Dans un rapport du 6 janvier 2021 à l'OAI, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de psychose non organique, sans précision (F29), depuis l'adolescence, de syndrome de dépendance aux opiacés, substitué (F11.21), ainsi qu'au cannabis, actuellement abstinent (F12.20), tous deux également présents depuis l'adolescence, d'insuffisance respiratoire depuis l'été 2020, ainsi que d'apnée du sommeil, d'asthme bronchique et d'obésité depuis de nombreuses années. Il a indiqué suivre l'assuré depuis le 29 janvier 2020 à raison d'une séance par semaine. Selon lui, l'incapacité de travail de son patient était totale, quelle que soit l'activité, en raison notamment d'angoisses paralysantes. Le traitement médicamenteux consistait en la prise d'Abilify, de Sèvre-long et de Xanax.

Aux termes d'un avis du 21 janvier 2021, la Dre N.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a indiqué que la situation psychique de l'assuré apparaissait complexe et d'évolution non satisfaisante malgré les prises en charge successives. Ainsi, pour préciser les diagnostics, l'histoire et l'influence des consommations de l'assuré sur son parcours scolaire et professionnel et afin d'établir les limitations fonctionnelles précises ainsi que la capacité de travail exigible, elle préconisait la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, de psychiatrie et de médecine interne, des problématiques du ressort de la médecine interne étant également évoquées par le psychiatre traitant.

L'OAI a conséquemment mis sur pied une expertise bidisciplinaire en médecine interne et psychiatrie auprès de B.\_\_\_\_\_ (ci-après : B.\_\_\_\_\_ ) à [...], où l'assuré a été examiné le 15 mars 2021 par la Dre P.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et la Dre U.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Par rapport transmis à l'OAI le 14 avril 2021, la Dre P.\_\_\_\_\_ n'a pas retenu de diagnostic incapacitant sur le plan somatique, uniquement les diagnostics non-incapacitants suivants : status après appendicectomie, traitement de substitution pour une addiction aux opiacés, asthme durant l'enfance, syndrome des apnées du sommeil appareillé par CPAP (respiration assistée par pression positive) et insuffisance respiratoire. La capacité de travail dans l'activité habituelle était donc totale depuis toujours sur ce plan, sauf durant l'hospitalisation à G.\_\_\_\_\_ en 2015. Sur le plan psychiatrique, la Dre U.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic incapacitant de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés (F11.22), l'intéressé suivant actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale. Elle a également observé des traits de personnalité dépendants et évitants dont le regroupement ne permettait pas de retenir un diagnostic de trouble de la personnalité pathologique (par exemple de trouble de la personnalité schizoïde). Les limitations fonctionnelles consistaient en des difficultés à gérer les situations imprévues et stressantes. Aux yeux de l'experte U.\_\_\_\_\_, la capacité de travail de l'expertisé dans l'activité habituelle était nulle depuis 2011 sur le plan psychique. La capacité de travail dans une activité adaptée était totale depuis toujours sur le plan psychiatrique, puisqu'on pouvait exiger l'arrêt des consommations de substances psychoactives dans un environnement spécialisé, l'activité adaptée devant être, dans un premier temps, effectuée dans un « poste ouvert, sans contrainte d'objectif et de temps ». Au terme d'un consensus, les expertes ont finalement retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis 2011 et que la capacité de travail dans une activité adaptée était entière depuis toujours.

Par avis SMR du 26 avril 2021, la Dre N.\_\_\_\_\_ a requis que les expertes soient réinterrogées afin d'éclaircir certains points de l'évaluation psychiatrique. Elle a en particulier demandé quelle était la modification de l'état de santé de l'assuré survenue en 2011 qui engendrait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis lors, quelles étaient les limitations fonctionnelles qui justifiaient une telle incapacité de travail mais n'auraient pas d'impact sur la capacité de travail dans une activité adaptée, quelle était la capacité de travail de l'intéressé dans une activité adaptée dans l'économie libre, l'activité adaptée retenue par les expertes (poste sans contrainte d'objectif et de temps) ne correspondant pas aux exigences de l'économie libre, comment avait évolué cette capacité de travail dans le temps, quelles étaient les limitations fonctionnelles psychiatriques dans une activité adaptée et pour quelles raisons médicales une activité sans contrainte d'objectif et de temps serait nécessaire au départ.

Aux termes d'un complément d'expertise du 16 mai 2021, la Dre U.\_\_\_\_\_ a répondu aux questions posées par la Dre N.\_\_\_\_\_ comme il suit (sic) :

« Nous avons retenu une CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] nulle depuis 2011, en nous appuyant sur le témoignage de la personne assurée qui décrit avoir vécu durement sa prise de poste en tant qu'assistant et avoir traversé un moment d'épuisement et aussi, il aurait reconstitué des substances psychoactives, cela est retenu selon notre évaluation dans le cadre d'un surmenage, tel que retenu dans le cadre d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et un trouble des conduites, ce qui permet de retenir une IT [incapacité de travail] d'une durée de 2 ans maximum, si nous nous référons aux critères diagnostic CIM 10 d'un trouble de l'adaptation.

Dans ce cas, nous pouvons revenir sur nos conclusions et préciser une CTAH complète depuis 2013 dans son domaine d'activité. Et retenir une période d'IT partielle entre 2011 et 2013.

Concernant vos autres questions, nous ne retenons pas de limitation d'ordre spécifiquement psychiatrique à une reprise d'un emploi adapté, ce qui ne nous permet pas de ce fait d'émettre des conditions. Sur ce fait, nous rejoignons votre raisonnement et vous confirmons qu'à la relecture du dossier, la CT [capacité de travail] est retenue entière de toujours dans une activité adaptée également.

Notre expression « telle qu'en APG » : assurance perte de gain, fait référence à des périodes de courte incapacité de travail, de moins

de 3 mois, en lien avec des périodes de reconstructions problématiques de substances psychoactives et ne devrait pas être retenu comme des périodes d'incapacité au sens de l'AI. »

Par avis SMR du 27 mai 2021, la Dre N.\_\_\_\_\_ s'est ralliée aux conclusions de l'expertise médicale du 14 avril 2021 et aux réponses complémentaires apportées le 16 mai 2021.

Le 28 mai 2021, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a retenu que les renseignements médicaux contenus au dossier mettaient en évidence une capacité de travail entière en toute activité selon ses compétences et expériences professionnelles, de sorte qu'il ne présentait pas d'incapacité de gain, donc pas d'invalidité. Ainsi, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas envisageables et le droit à la rente n'était pas ouvert.

Le 17 juin 2021, l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné, estimant que la capacité de travail de 100 % retenue ne correspondait pas aux conclusions de ses médecins traitants.

Le 19 juillet 2021, l'assuré, désormais représenté par PROCAP, Service juridique, a complété ses objections. Il a relevé avoir dû interrompre prématurément ou terminer avec beaucoup de difficultés les mesures de réadaptation mises en place par l'OAI entre 2015 et 2016, alors que celles-ci exigeaient un taux de présence de 50 %, ce qui démontrait qu'il n'était pas capable de travailler à 100 %. D'après lui, cette incapacité de travail perdurait. L'assuré a indiqué avoir effectué un examen neuropsychologique le 19 juillet 2021 et attendre les résultats de celui-ci, ainsi qu'un rapport de son psychiatre traitant. Il a donc requis un délai supplémentaire pour produire ces documents.

Le 31 août 2021, l'assuré, par son conseil, a en particulier contesté la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire du B.\_\_\_\_\_. Il a en outre transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- un rapport relatif à un examen psychologique réalisé les 12 et 19 juillet 2021, par lequel V.\_\_\_\_\_, psychologue spécialisée en psychothérapie FSP, a fait part des conclusions suivantes :

« Le tableau présenté évoque un aménagement de la personnalité coloré au premier abord par des caractéristiques d'allure état-limite mais qui ont avant tout pour fonction de colmater un noyau psychotique franc, du registre schizophrénique, mais non déficitaire. Le déni, qui prend parfois une tournure maniforme, ne réussit pas à juguler les angoisses de persécution et d'effondrement. De plus, on relève de nombreux troubles de la pensée ainsi qu'une hyperinterprétativité qui permet au patient de se raccrocher aux caractéristiques du réel pour en fait une lecture, au final, très personnelle et fortement éloignée du sens commun.

L'efficacité intellectuelle qui a été mesurée à l'aide de la WAIS-IV a mis en évidence un profil hétérogène qui nécessite d'être analysé de façon séparée. Toutefois, l'indice d'aptitudes générales (IAG) qui ne tient pas compte de la rapidité et de la mémoire s'élève à **122**, ce qui correspond à un niveau se situant dans la zone dite « *supérieure* » de la population. »

- un rapport du 29 juillet 2021, par lequel le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué remettre en question les conclusions de l'expertise du B.\_\_\_\_\_, en s'appuyant sur sa clinique et les examens psychologiques réalisés récemment. Il a relevé que son patient souffrait d'angoisses paralysantes massives, et ce depuis l'adolescence, voire la fin de sa jeunesse, moment où il avait été abusé sexuellement ; afin de combattre ces angoisses, l'intéressé avait développé une addiction importante aux opiacés. Le psychiatre traitant a exposé que son patient était abstinent depuis de nombreuses années et que la substitution mise en place avait considérablement pu être diminuée ces derniers mois en lien avec des problèmes respiratoires ; cette diminution d'opiacés n'avait toutefois pas changé la clinique de ce dernier, ce qui infirmait l'hypothèse de l'experte, qui pensait à une clinique spécifique due à une imprégnation aux opiacés, ce qu'il n'avait pas constaté. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a indiqué que, contrairement à la Dre T.\_\_\_\_\_, il percevait l'intéressé comme très angoissé et non dépressif et avait préconisé de cesser la prise d'antidépresseurs et de se traiter avec un neuroleptique, auquel celui-ci avait bien réagi, sans que cela ait pu influencer sa capacité de travail, qui restait nulle. En résumé, le psychiatre traitant a retenu que l'assuré était à la limite de la schizophrénie, soit un psychotique grave ; celui-ci ne pouvait pas sortir de

chez lui sans une préparation ou un conditionnement, une courte balade sans but autour de chez lui était un effort considérable et le monde du travail n'était tout simplement pas envisageable.

Par décision du 14 septembre 2021, l'OAI a confirmé le rejet de la demande de prestations. Aux termes d'un courrier daté du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a relevé, s'agissant du nouveau diagnostic posé par le Dr F.\_\_\_\_\_, que l'évaluation clinique psychiatrique réalisée lors de l'expertise de mars 2021 du B.\_\_\_\_\_ n'avait pas mis en évidence de signes cliniques et de symptômes en faveur d'un trouble psychotique ; il n'avait pas non plus été retenu de trouble de la personnalité, uniquement des traits de personnalité dépendants et évitants. L'OAI a rappelé que la Dre T.\_\_\_\_\_, qui avait longtemps suivi l'assuré, n'avait jamais mis en évidence d'éléments en faveur d'un trouble psychotique, voire schizophrénique. Il a indiqué que l'expertise psychiatrique du B.\_\_\_\_\_ décrivait une anxiété ancienne, une anticipation anxieuse, une certaine méfiance, mais que l'examen clinique n'avait pas objectivé de difficultés majeures dans l'interaction avec les experts, ni de troubles du cours ou du contenu de la pensée ; une interruption des consommations de substance avait du reste permis en 2015 une amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré. Finalement, l'OAI a noté que le Dr F.\_\_\_\_\_ s'appuyait sur un examen psychologique pour retenir la présence d'un trouble psychotique grave alors que ces tests ne constituaient pas un critère diagnostique pour les troubles de la personnalité ou la schizophrénie comme définis dans les classifications de référence telles que la CIM. Partant, il a retenu que la contestation de l'assuré ne lui apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bienfondé de sa position.

**B.** Par acte du 21 octobre 2021, H.\_\_\_\_\_, toujours représenté par PROCAP, Service juridique, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à la constatation de ses droits aux prestations de l'AI et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. En

substance, il fait valoir que l'expertise du B.\_\_\_\_\_ ne doit pas être prise en compte en raison de ses défauts. Il estime qu'elle est en contradiction avec son parcours de vie, les capacités que les expertes lui portent ne s'étant jamais révélées dans sa vie professionnelle, ce qui démontrerait « empiriquement » que le raisonnement de celles-ci est erroné. Il fait également valoir que l'expertise est en contradiction avec les derniers rapports de ses médecins traitants ; ainsi, les derniers rapports du Dr F.\_\_\_\_\_ sèmeraient le doute quant à la crédibilité de l'expertise, laquelle serait confuse et incompréhensible, sans quoi l'intimé n'aurait pas demandé de complément d'expertise. Sur ce dernier point, il soutient également que le complément ne convainc pas et que l'expertise n'est pas suffisamment claire. En dernier lieu, le recourant explique que, sous réserve de son titre acquis sur le tard, il n'a jamais vraiment pu travailler et est désintéressé de son domaine depuis dix ans. Les expertes lui prêtent une incapacité de travail totale dans son ancienne activité, mais une capacité de travail entière dans l'activité de sa formation et de son expérience ; or, il allègue n'avoir aucune expérience faute d'avoir travaillé. Il est donc incohérent à ses yeux de considérer comme adaptée une activité ancienne qui ne l'est plus.

Par réponse du 7 décembre 2021, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée.

**C.** Le 4 octobre 2022, la juge en charge de l'instruction du dossier a informé les parties que, dans la mesure où l'instruction sur le plan médical psychiatrique n'avait pas été suffisante, une expertise judiciaire allait être mise en œuvre.

Celle-ci a été confiée au Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel s'est adjoint les services du neuropsychologue O.\_\_\_\_\_.

O.\_\_\_\_\_ a adressé son rapport à la Cour de céans le 7 février 2023 et le Dr Q.\_\_\_\_\_ le 13 février suivant, intégrant à son rapport les observations du neuropsychologue. Aux termes de son rapport, le Dr

Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome de dépendance aux opiacés (actuellement en régime de substitution, sous surveillance médicale ; F11.22) et de schizophrénie simple (F20.6). Il a indiqué que le traitement actuel était adéquat tant en qualité qu'en quantité et qu'il se limitait à prévenir l'aggravation des troubles et à augmenter quelque peu la qualité de vie de l'expertisé ; il n'avait aucun autre traitement à proposer. Il a estimé que l'incapacité de travail du recourant était totale au moins depuis 2013, et pour une longue durée, le pronostic ordinaire de la schizophrénie simple étant très réservé.

Le 10 mars 2023, le recourant s'est déterminé sur l'expertise, en concluant à l'octroi d'une rente entière dès six mois après le dépôt de la demande de prestations.

L'intimé s'est quant à lui déterminé le 13 mars 2023, en concluant à l'ouverture du droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2016, mois durant lequel les mesures de réadaptation avaient pris fin. Il a joint à son envoi un avis SMR du 23 février 2023, par lequel la Dre N.\_\_\_\_\_ a en substance indiqué qu'il n'existait aucun motif de s'écarter de l'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_.

Après avoir pris connaissance des déterminations du recourant du 10 mars 2023, l'intimé a maintenu sa position le 17 avril 2023.

Le 19 avril 2023, le recourant a indiqué accepter l'ouverture du droit à la rente à partir du 1<sup>er</sup> mai 2016, compte tenu des mesures de réadaptation dont il avait bénéficié précédemment.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité de l'AI à la suite de sa demande du 22 décembre 2014.

**3.** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu cependant du principe de droit intertemporel prescrivant l'application des dispositions légales qui étaient en vigueur lorsque les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3), le droit applicable reste, en l'occurrence, celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que la décision administrative litigieuse a été rendue avant cette date.

**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).

**5.** 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 une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible 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).

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'espèce, l'intimé, se fondant sur les conclusions de l'expertise bidisciplinaire du B.\_\_\_\_\_, a estimé que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail depuis toujours dans une activité adaptée. De son côté, le recourant remet en cause le bienfondé de cette appréciation, en particulier le volet psychiatrique de cette expertise, qui ne serait pas probant. Il n'élève en revanche aucun grief à l'encontre du volet de médecine interne de cette évaluation, lequel peut être confirmé.

**a)** Les critiques du recourant dirigées contre l'évaluation psychiatrique de l'expertise du B.\_\_\_\_\_ sont bien fondées. L'appréciation de l'experte U.\_\_\_\_\_ est en effet insuffisamment motivée, contient des contradictions et est sérieusement mise en doute par les pièces au dossier, comme cela sera examiné ci-après.

**aa)** S'agissant tout d'abord du diagnostic incapacitant posé par cette experte de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés (F11.22), il ressort de l'expertise du B.\_\_\_\_\_, sous le volet « habitudes » (p. 20), que le recourant a stoppé la cigarette, qu'il ne consomme de l'alcool que très rarement et qu'il a consommé des drogues - soit de l'héroïne et du cannabis - entre 1990 et 2015. On lit à la même page du rapport d'expertise, s'agissant des antécédents personnels de l'intéressé, que celui-ci a souffert de « polytoxicomanie de 1990-2015, substitution par Méthadone puis Sèvre-Long ». Il résulte ainsi du dossier que le recourant ne consomme plus de drogues depuis 2015. Dans ces circonstances, on ne comprend pas le diagnostic posé par l'experte, ni le fait que celle-ci préconise, au titre de mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail, « l'arrêt exigible des consommations de substances psychoactives dans un environnement spécialisé » (p. 17 de l'expertise du B.\_\_\_\_\_) alors qu'il ressort du rapport d'expertise lui-même que l'intéressé a effectué un sevrage de Méthadone à l'Hôpital de G.\_\_\_\_\_ en 2015, substituée par Sèvre-Long,

et qu'il a stoppé toute consommation de drogue (p. 24 de l'expertise du B.\_\_\_\_\_). A cela s'ajoute que l'experte en médecine interne, la Dre P.\_\_\_\_\_, retient le diagnostic de traitement de substitution pour une addiction aux opiacés comme étant non incapacitant (*ibidem*). Il découle de ces éléments que, sur le plan du diagnostic psychiatrique, l'évaluation de l'experte U.\_\_\_\_\_ n'est pas convaincante et ne peut être suivie.

**bb)** La Dre U.\_\_\_\_\_ estime en outre que la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle est nulle depuis 2011 et que la capacité de travail dans une activité adaptée est de 100 % « depuis toujours », sans indiquer la nature d'une telle activité ni les raisons pour lesquelles ces deux capacités de travail seraient différentes. La capacité de travail exigible pouvait selon elle toutefois « s'infléchir au motif psychiatrique de manière ponctuelle telle qu'en APG », ce qui laisse entendre qu'il y aurait de l'absentéisme et qui relativise dès lors son appréciation de la capacité de travail. L'experte U.\_\_\_\_\_ précise par ailleurs que dans un premier temps, les caractéristiques de l'activité adaptée seraient celles d'un « poste ouvert, sans contrainte d'objectif et de temps », ce qui a pour corollaire que l'intéressé n'était en fait pas apte à travailler dans une activité adaptée dans l'économie ordinaire au moment de l'appréciation de l'experte psychiatre. Cette dernière ne fournit du reste aucune explication s'agissant du dysfonctionnement de l'assuré, qui n'a pas été capable de s'insérer avec succès dans des mesures de réadaptation professionnelles proposées par l'AI à bas niveau d'exigence et à 50 %. Cette réalité contredit également son appréciation.

A réception de cette expertise, la Dre N.\_\_\_\_\_, du SMR, a posé de nombreuses questions pertinentes à la Dre U.\_\_\_\_\_ le 26 avril 2021 afin d'éclaircir certains points de son évaluation, auxquelles le complément d'expertise du 16 mai 2021 ne répond pas. Dans son complément d'expertise, l'experte psychiatre revient au demeurant sur sa précédente appréciation et mentionne un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et un trouble des conduites permettant de retenir une incapacité de travail partielle dans l'activité habituelle d'une durée de deux ans, soit de 2011 à 2013, selon les critères de la CIM-10, et une

capacité de travail totale depuis 2013 dans cette activité. La Dre U.\_\_\_\_\_ a également indiqué qu'elle ne retenait aucune limitation d'ordre spécifiquement psychiatrique à une reprise d'un emploi adapté. Cette nouvelle appréciation de la capacité de travail et du diagnostic apparaît incomplète, nullement étayée et en totale contradiction avec ce qui ressort de l'expertise du 14 avril 2021.

**b)** Compte tenu des éléments qui précèdent, l'expertise du B.\_\_\_\_\_ s'avère insatisfaisante et ne permet pas de se positionner à satisfaction de droit.

**8.** Dans ces conditions, une expertise judiciaire a été confiée au Dr Q.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 13 février 2023, intégrant les observations du neuropsychologue O.\_\_\_\_\_ du 7 février 2023, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome de dépendance aux opiacés (actuellement en régime de substitution, sous surveillance médicale ; F11.22) et de schizophrénie simple (F20.6). Selon lui, l'incapacité de travail du recourant était totale depuis au moins 2013 et pour une longue durée, le pronostic ordinaire de la schizophrénie simple étant très réservé.

**a)** Comme le reconnaissent les deux parties, l'expertise judiciaire du Dr Q.\_\_\_\_\_, complétée par une évaluation neuropsychologique d'O.\_\_\_\_\_, satisfait aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. L'expert a en particulier examiné l'assuré à trois reprises, les 10 et 14 janvier, ainsi que le 1<sup>er</sup> février 2023. Il a en outre contacté téléphoniquement son médecin traitant par deux fois et s'est entretenu avec ses parents durant plus d'une heure. Il a également étudié l'ensemble du dossier médical, qu'il a complété en ordonnant des analyses de laboratoires et en effectuant des tests psychologiques (cf. expertise pp. 2-7 et p. 15). Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a établi une anamnèse particulièrement détaillée, sur les plans familial, personnel et médical (au niveau somatique et psychiatrique), de la vie privée du recourant et de ses consommations (*idem*, pp. 8-13). Il a décrit la situation actuelle de l'expertisé, y compris le déroulement de son quotidien, recueilli les

plaintes de ce dernier et exposé ses observations cliniques (*idem*, pp. 12-18).

L'expert Q.\_\_\_\_\_ a ensuite posé chaque diagnostic de manière motivée et détaillée, en se référant à un système de classification reconnu, soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Il a également discuté les diagnostics différentiels de trouble dépressif et de trouble anxieux, retenant que le seuil diagnostic de ces troubles n'était pas atteint actuellement. Il a précisé qu'à côté de la polytoxicomanie, il était vraisemblable que l'assuré ait présenté par le passé des tableaux dépressifs relativement graves, tels que retenus par sa dernière médecin psychiatre traitante ; le sujet s'était néanmoins probablement amélioré sur ce plan, la symptomatologie dépressive ayant pu être masquée par l'aggravation des symptômes négatifs de la schizophrénie simple (émoussement affectif, aboulie, pauvreté de la communication). Selon lui, les problèmes chroniques de dysfonctionnement de l'intéressé dès le début de l'âge adulte étaient expliqués par le diagnostic de schizophrénie simple, sans qu'il ne soit nécessaire d'argumenter un trouble de personnalité comorbide (*idem*, pp. 20-26).

L'expert Q.\_\_\_\_\_ a par la suite procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables (cf. consid. 6c *supra*). Après avoir examiné le degré de gravité fonctionnel de chaque atteinte dans la partie « appréciation diagnostique », il s'est prononcé sur la cohérence et la plausibilité des symptômes et des plaintes de l'assuré au vu de l'anamnèse, notamment, a mentionné les traitements entrepris, puis a apprécié ses capacités et ressources (expertise, pp. 26-28). Il s'est par ailleurs positionné quant au volet psychiatrique du rapport d'expertise du 10 avril 2021 du B.\_\_\_\_\_, relevant ses manquements et contradictions (*idem*, pp. 28-30). Le Dr Q.\_\_\_\_\_ est parvenu à la conclusion que le recourant n'avait pas les ressources pour s'intégrer dans le marché du travail au vu d'une schizophrénie simple qui s'était installée de façon « insidieuse et progressive » depuis les débuts de l'âge adulte avec la

comorbidité d'une toxicomanie et d'un trouble dépressif, lesquels s'étaient à présent quasiment amendés. Il a relevé que l'assuré n'avait jamais pu mettre en valeur les capacités de travail partielles occasionnellement attestées par la Dre T.\_\_\_\_\_ et qu'au vu de la gravité du trouble psychotique de l'intéressé et du pronostic de celui-ci, aucune activité adaptée ne pouvait être proposée, des mesures professionnelles étant au surplus vouées à l'échec.

En définitive, l'appréciation faite par le Dr Q.\_\_\_\_\_ de la situation médicale du recourant est claire et convaincante, sans qu'il n'existe au dossier d'éléments justifiant de s'éloigner de ses conclusions.

**b)** Compte tenu de ce qui précède, il convient de reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise judiciaire du Dr Q.\_\_\_\_\_, dont le tribunal n'a aucun motif de s'écarter. La Dre N.\_\_\_\_\_ s'est d'ailleurs déterminée dans ce même sens dans un avis SMR du 23 février 2023, considérant que l'expert avait procédé à une anamnèse détaillée, qu'il avait analysé de manière approfondie les indicateurs standards de la jurisprudence tant sur le plan du degré de gravité fonctionnelle que sur le plan de la cohérence et de la plausibilité, et qu'il avait discuté des points litigieux au dossier, en particulier les diagnostics précédemment posés et l'exigibilité de l'assuré. Partant, il sied de suivre les conclusions de cet expert et de retenir que l'intéressé présente depuis à tout le moins 2013 une incapacité de travail totale en toutes activités, justifiant l'ouverture du droit à une rente entière d'invalidité.

**9.** Se pose à présent la question du début du droit aux prestations.

**a)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut

faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI).

Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente (cf. art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente ; ATF 121 V 190 consid. 4c). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (ATF 121 V 190 consid. 4d ; TF 9C\_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 ; 9C\_380/2021 du 31 janvier 2022 consid. 5.1 et les références citées ; 9C\_794/2007 du 27 octobre 2008 consid. 2.2).

**b)** En l'occurrence, compte tenu d'une incapacité de travail ininterrompue depuis 2013, le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 LAI était déjà échu le 22 décembre 2014, date à laquelle le recourant a déposé sa demande de prestations. Le droit à la rente pourrait ainsi prendre naissance au 1<sup>er</sup> juin 2015, au vu du délai de six mois de l'art. 29 al. 1 LAI. L'intéressé a toutefois bénéficié de mesures de réadaptation depuis le mois de mai 2015, lesquelles ont pris fin, tout comme le versement des indemnités journalières, le 20 mai 2016 (cf. communications de l'OAI à l'assuré des 20 mai 2015, 21 décembre 2015 et 5 juillet 2016). Conformément aux art. 29 al. 1, 2 et 3 LAI et à la jurisprudence précitée, le droit à une rente entière est ainsi ouvert à partir du 1<sup>er</sup> mai 2016, mois durant lequel les mesures de réadaptation ont pris fin, ce que les parties admettent au demeurant (cf. déterminations des 13 mars et 19 avril 2023).

**10. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée dans le sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2016.

**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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, vu l'issue du litige.

**c)** Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'assurance-invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4), les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance ordonne la réalisation d'une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent 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.

En l'occurrence, l'OAI a fondé la décision litigieuse sur les conclusions de l'expertise du B.\_\_\_\_\_, dont les lacunes ont été discutées dans le cadre du présent arrêt (cf. consid. 7 *supra*), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir en détails ici. Au vu de ces éléments, qui interpellaient quant à la qualité de l'expertise du B.\_\_\_\_\_, le SMR aurait dû porter un regard plus critique sur les conclusions des expertes, en particulier celles de l'experte psychiatre. Dans ces circonstances, la Cour de céans ne peut que constater que l'intimé a gravement manqué à ses obligations dans le cadre de son instruction, en accordant une pleine valeur probante à un rapport d'expertise dont les carences ne pouvaient être que manifestes. L'expertise judiciaire a servi à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Dans ces conditions, il est justifié de mettre à charge de l'assurance-invalidité la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en œuvre de l'expertise judiciaire, soit les honoraires de l'expert, par 7'468 fr. 30 (facture du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 14 février 2023) et les honoraires du neuropsychologue, par 1'413 fr. 20 (facture d'O.\_\_\_\_\_ du 7 février 2023), pour un total de 8'881 fr. 50.

**d)** Le recourant 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). Les listes des opérations produites les 22 mars 2022 et 19 avril 2023 par Me Marc Zürcher, avocat chez PROCAP, Service juridique, ne peuvent pas être suivies s'agissant du tarif horaire sur lequel elles se fondent. Il convient donc d'arrêter l'indemnité à 1'800 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'intimé (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 14 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que H.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> mai 2016.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. Les frais d'expertise, à hauteur de 8'881 fr. 50 (huit mille huit cent huitante et un francs et cinquante centimes), 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 H.\_\_\_\_\_ une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- PROCAP, Service juridique (pour H.\_\_\_\_\_),
- 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 :