

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 janvier 2023

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Métral et Mme Pasche, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

P._____, à Z._____, recourant, représenté par Procap, Service juridique,
à Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 45 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. Originaire de Bosnie-Herzégovine, P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1970, est entré en mars 2000 en Suisse, pays dont il a obtenu la nationalité en 2017. Au bénéfice d'une formation de technicien géologue acquise dans son pays d'origine mais non reconnue en Suisse, il a travaillé dès 2002 en tant que nettoyeur/concierge pour le compte de N._____ SA. Après avoir été en incapacité totale de travail dès le 26 juin 2017, l'assuré a repris l'exercice de son activité à 50 % le 29 août 2017 en accomplissant des tâches plus légères. En raison d'une nouvelle incapacité de travail à 100 % à partir du 1^{er} janvier 2018, l'assuré s'est vu signifier son licenciement pour le 30 avril 2018.

Souffrant de douleurs dorsales, P._____ a déposé, le 27 décembre 2017, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements sur la situation professionnelle (extrait du compte individuel AVS du 6 février 2018 et questionnaire pour l'employeur complété le 20 février 2018), de même qu'il s'est procuré le dossier constitué par l'assureur perte de gain en cas de maladie (B._____ Assurances SA) lequel contenait notamment un rapport d'expertise psychiatrique établi le 28 mai 2018 par le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce médecin y posait le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2), actuellement en rémission partielle, dans le sens d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 33.11). A son avis, la capacité de travail médico-théorique de l'assuré était nulle d'un point de vue purement psychiatrique jusqu'au 31 août 2018 avant d'être entière, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} septembre 2018 dans toute activité adaptée à ses limitations somatiques.

Ensuite d'une mesure d'intervention précoce allouée à l'assuré sous la forme de modules externalisés auprès d'U._____ SA à M._____

en vue de soutenir et faciliter sa réinsertion professionnelle, ce centre a rendu un rapport le 12 juillet 2018, aux termes duquel il constatait que les incohérences et les douleurs d'origine non organique mises en évidence par la physiothérapeute ainsi que les observations effectuées par la psychologue excluaient toute poursuite de la mesure.

Le 31 octobre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il mettait un terme aux mesures d'intervention précoce et que, dès lors, il poursuivait l'instruction de sa demande de prestations sur le plan médical.

Dans un rapport du 27 décembre 2018, la Dre C._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics de hernie discale L4-L5 médiane à paramédiane (contact racine L5 droite), de lombalgie basse avec irradiation au niveau de la fesse et de la cuisse gauche avec hypersensitivité généralisée, de douleurs au niveau de l'hémicorps gauche après une explosion pendant la guerre, de modifications durables de la personnalité dans le cadre d'un stress post-traumatique avec apparition d'un trouble somatoforme douloureux et d'une arthrose postérieure L3-S1. Si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 1^{er} janvier 2018, la reprise du travail dans une activité adaptée était envisageable depuis le 1^{er} octobre 2018 à 30 % moyennant le respect des mesures d'épargne lombaire, l'absence de stress et de port de charges supérieures à 10 kg.

En réponse aux questions de l'OAI, la Dre C._____ a indiqué, le 25 octobre 2019, que la capacité de travail était de 30 % dans une activité adaptée à compter du 1^{er} octobre 2018 et que les limitations fonctionnelles étaient, d'une part, inhérentes à la pathologie discale lombaire excluant tout travail lourd et, d'autre part, consécutives à la pathologie psychiatrique (modifications durables de la personnalité dans le cadre d'un stress post-traumatique sévère avec apparition d'un trouble somatoforme douloureux et état dépressif modéré sans symptômes psychotiques).

Dans un rapport du 19 novembre 2019, la Dre F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante, a posé le diagnostic psychiatrique incapacitant d'état de stress post-traumatique (F 43.1). Sans se prononcer sur la capacité de travail de son patient dans son activité habituelle, elle a estimé que dite capacité était nulle dans une profession adaptée à son état de santé, tant en raison de ses douleurs chroniques que de son état psychique.

Dans un courrier du 4 décembre 2019 à l'OAI, le Dr L._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès de l'Institut A._____, a relevé que, dans la mesure où l'institut qui l'employait n'était pas associé à l'évaluation professionnelle des patients qui le consultait, il ne souhaitait pas se prononcer sur leur capacité de travail. Il a joint le rapport adressé à la Dre C._____ le 11 juin 2019 par son confrère, le Dr X._____, spécialiste en anesthésiologie.

Réinterpellée par l'OAI, la Dre C._____ a indiqué, le 16 mars 2020, que l'état de santé de son patient n'avait pas évolué depuis son dernier rapport.

Également invitée à fournir des renseignements complémentaires, la Dre F._____ a relevé, à l'instar de sa consœur, le 15 juin 2020, qu'il n'y avait pas beaucoup d'évolution sur le plan psychique, ajoutant que son patient était toujours en incapacité de travail à 70 %.

Compte tenu du caractère modéré des atteintes somatiques et des incohérences entre les diagnostics psychiatriques et leur répercussion sur la capacité de travail, le Dr R._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a demandé, le 8 juillet 2020, la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique).

Pour ce faire, l'OAI a confié au Centre S._____ de Q._____ la réalisation d'une expertise comportant un volet de médecine interne

générale (Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale), un volet rhumatologique (Dr W._____, spécialiste en rhumatologie) et un volet psychiatrique (Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Dans leur rapport de synthèse du 31 mai 2021 (évaluation consensuelle), les experts ont posé les diagnostics - ayant ou non une incidence sur la capacité de travail - de lombosciatalgie bilatérale sur hernie discale L4-L5 plutôt à droite avec arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1 (M 54.5), d'épisode dépressif en rémission (F 32), de modification de la personnalité en lien avec la guerre (F 62.0) mais sans séquelles traumatiques et de stéatose hépatique connue. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, ils ont estimé qu'elle était nulle depuis le mois de juillet 2017. En revanche, dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assuré, elle était de 50 % du 1^{er} septembre 2018 au mois de janvier 2019 puis de 100 % depuis lors. Les limitations fonctionnelles rhumatologiques étaient les suivantes : pas d'efforts de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol ; pas de porte-à-faux du buste ou de rotation répétée du buste ; port de charges proche du corps limité à 10 kg ; possibilité de changer régulièrement de position. Au jour de l'expertise, il n'y avait pas de limitations de nature psychiatrique.

Le 15 juin 2021, le Dr R._____ a déclaré faire sienne l'appréciation des experts du Centre S._____.

Par projet de décision du 7 juillet 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il comptait lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet au 30 novembre 2018 puis à un quart de rente d'invalidité pour la période comprise entre le 1^{er} décembre 2018 et le 30 avril 2019. Selon ses constatations, l'intéressé avait présenté une incapacité totale de travail dès le mois de juillet 2017 avant de se voir reconnaître une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès le mois de septembre 2018. La comparaison des revenus sans et avec invalidité - sur lequel un abattement de 10 % avait été effectué pour tenir compte des limitations fonctionnelles - conduisait à un degré d'invalidité de 43 %, ouvrant droit à un quart de rente. A compter du mois de février 2019, l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 100 %, en sorte qu'il ne subissait plus

de préjudice économique et qu'il convenait dès lors de mettre fin au versement de la prestation servie au 30 avril 2019, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

Dans un rapport rédigé le 23 septembre 2021 à l'intention de l'OAI, la Dre F. _____ a fait part de son désaccord avec l'évaluation psychiatrique effectuée par le Dr T. _____. Pour l'essentiel, la psychiatre traitante s'est attachée à décrire en quoi les traumatismes subis par son patient avaient conduit à une modification durable de sa personnalité laquelle, en lien avec l'existence de symptômes du stress post-traumatique, affectait sa vie quotidienne et les relations avec son entourage. Aussi estimait-elle qu'en raison des limitations psychiques présentées (agressivité, débordement émotionnel, incapacité à prendre seul des décisions, difficultés à l'endurance et à l'adaptation), un taux d'activité supérieur à 30 % n'était pas envisageable en l'état actuel de la situation.

Sollicité pour détermination, le Dr R. _____ a indiqué, le 13 octobre 2021, que ce rapport ne comportait pas d'indice d'une péjoration de l'état de santé depuis l'expertise du Centre S. _____, si bien qu'il n'y avait pas lieu de modifier le projet de décision.

Par décision du 10 novembre 2021, l'OAI a entériné l'octroi d'une rente d'invalidité conformément à son projet de décision du 7 juillet précédent.

B. **a)** Par acte du 10 décembre 2021, P. _____, représenté par Procap, a exercé un recours contre la décision du 10 novembre 2021 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et à l'octroi d'une rente d'invalidité en conséquence, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Il a également sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Dans un premier moyen, l'assuré a contesté la fixation du début du droit à la rente au 1^{er} juillet 2018. En effet, l'expertise pluridisciplinaire du Centre S._____ mentionnait une capacité de travail nulle dès le 1^{er} juin 2017. Si ce rapport devait être considéré comme probant - ce qu'il contestait -, l'assuré demandait le versement d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2018.

Dans un second moyen, l'assuré a fait valoir que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre S._____ du 31 mai 2021 était dépourvu de valeur probante. Il s'est tout d'abord employé à rappeler la jurisprudence en matière d'état de stress post-traumatique chronique/modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et celle concernant les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (ci-après : SPECDO). S'agissant de ce dernier diagnostic, il a fait grief à l'expert rhumatologue W._____ de ne pas avoir procédé à l'analyse des points sensibles douloureux et à l'expert psychiatre T._____ de ne s'être intéressé que très brièvement à cette problématique. Il s'ensuivait que le diagnostic de SPECDO n'avait pas été valablement exclu. Au demeurant, il n'était pas exact d'affirmer qu'il existait des incohérences en lien avec cette affection au motif que les problèmes présentés n'étaient pas objectivables. S'agissant du diagnostic de stress post-traumatique chronique/modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, l'assuré estimait que c'était à tort que le Dr T._____ s'était écarté de la doctrine médicale et avait considéré qu'il n'était pas invalidant. Quant au registre dépressif, l'assuré a souligné les contradictions entachant les constatations opérées à cet égard par l'expert prénommé.

Dans un dernier moyen, l'assuré a exposé que sa situation personnelle et professionnelle justifiait un abattement de 25 % sur le revenu d'invalidité.

b) Par décision du 14 décembre 2021, le bénéfice de l'assistance judiciaire a été octroyé à P._____ avec effet au 10 décembre

2021. Aux termes de cette décision, l'assuré était exonéré du paiement d'avances, de frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle.

c) Dans sa réponse du 17 janvier 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a indiqué que, durant la procédure d'audition faisant suite au projet de décision du 7 juillet 2021, l'assuré n'avait pas apporté d'élément médical objectif démontrant que son état de santé se serait aggravé depuis la date de l'expertise du Centre S._____. Il n'avait pas non plus fait état d'éléments ayant été ignorés par les experts. Au reste, il n'y avait pas de motifs justifiant un abattement supérieur à celui de 10 % tel que retenu dans la décision querellée.

d) Le 17 juin 2022, une expertise psychiatrique a été confiée au Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 14 septembre 2022, ce médecin a retenu, en référence à la CIM-11, les diagnostics incapacitants de trouble de stress post-traumatique complexe (6B41), de trouble à symptomatologie somatique (6C20) et d'épisode dépressif unique modéré sans symptômes psychotiques (6A70.1). A son avis, l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100 % du 26 juin au 23 juillet 2017, de 50 % du 29 août au 31 décembre 2017 puis à nouveau de 100 % dès le 1^{er} janvier 2018.

e) Dans ses déterminations du 18 octobre 2022, l'OAI a déclaré se rallier à l'avis du SMR du 14 octobre 2021, selon lequel il n'y avait aucun élément sérieux permettant de douter du caractère probant de l'expertise du Dr V._____.

f) Se déterminant par pli du 20 octobre 2022, l'assuré a indiqué qu'il n'avait rien à ajouter au rapport de l'expert judiciaire du 14 septembre 2022, si ce n'est qu'il réitérait ses précédentes conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, notamment le point de départ du droit à une rente et la durée de la prestation, eu égard à une éventuelle capacité de travail résiduelle. Le recourant considère que l'expertise mise en œuvre par l'intimé auprès du Centre S._____ méconnaît son état de santé, singulièrement ses troubles psychiques, qui le rendent incapable d'exercer une activité lucrative.

b) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 10 novembre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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 (première phrase). 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 (deuxième phrase).

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 jusqu'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) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

d) 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). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

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

références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon l'art. 61 let. c LPGA, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125

V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

5. En l'espèce, l'OAI a, dans la décision entreprise, reconnu le droit du recourant à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet au 30 novembre 2018 puis à un quart de rente d'invalidité pour la période comprise entre le 1^{er} décembre 2018 et le 30 avril 2019, date à laquelle il a mis un terme au versement de cette prestation en raison de l'amélioration de l'état de santé de l'assuré à partir du mois de février 2019.

a) Dans un premier grief, le recourant critique le point de départ de la rente qui lui a été allouée.

aa) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

Selon la jurisprudence, le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TFA I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, *in* : VSI 1998 p. 126).

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 18^e 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).

bb) Dans son rapport du 31 mai 2021, le Dr T._____ a retenu que le recourant avait présenté une incapacité de travail de 100 % du 26 juin au 28 août 2017, de 50 % du 29 août au 21 décembre 2017 puis à nouveau de 100 % dès le 1^{er} janvier 2018. Cette appréciation est partagée par le Dr V._____. Par conséquent, il convient d'admettre que le délai d'attente d'une année a débuté le 26 juin 2017 pour arriver à échéance le 25 juin 2018 (art. 28 al. 1 let. b LAI). Il convient dès lors d'admettre que le droit à une rente d'invalidité a pris naissance le 1^{er} juin 2018 (art. 29 al. 1 et 3 LAI), la demande de prestations ayant été au demeurant déposée le 27 décembre 2017 (cf. décision litigieuse du 10 novembre 2021).

Partant, ce premier grief doit être admis.

b) Le recourant dénonce ensuite l'absence de valeur probante de l'expertise du Centre S._____, notamment en raison de l'absence de respect des critères de validité pour l'appréciation des troubles psychiatriques (cf. considérant 3d *supra*) et leur impact sur la capacité de travail, d'une distanciation non justifiée de l'expert psychiatre T._____ de la doctrine médicale et d'incohérences, ainsi qu'en raison de l'absence d'analyse somatique rhumatologique des points douloureux. Le recourant expose que son état de stress post-traumatique chronique/modification durable de la personnalité n'a pas été pris en considération, alors que le Tribunal fédéral l'a retenu dans des cas comparables. Le recourant rappelle aussi la jurisprudence rendue en lien avec les syndromes sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique. Au vu de ces critiques, une expertise psychiatrique judiciaire a été confiée au Dr V._____.

aa) Daté du 14 septembre 2022, le rapport du Dr V._____ possède une anamnèse riche (personnelle, socioprofessionnelle, médicale). Il se fonde sur les entretiens réalisés avec l'assuré les 17 et 23 août 2022, le dosage antiplasmatique du traitement antidépresseur ainsi que des entretiens téléphoniques du 24 août 2022 avec les Dres F._____ et C._____. D'excellente facture, la motivation concernant les

diagnostics retenus de même que les explications fournies quant à la divergence de position entre l'expert et les psychiatres ayant examiné le recourant font l'objet de considérations approfondies et minutieuses. Il en va de même s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail.

Cependant, afin de conférer pleine valeur probante à l'expertise judiciaire du 14 septembre 2022, il reste à déterminer si l'expert a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail du recourant à la lumière des indicateurs déterminants.

bb) En premier lieu, les diagnostics ont été rendus *lege artis* par l'expert, en référence à la codification internationale, soit la Classification internationale des maladies, 11^e révision (CIM-11). Sous l'intitulé « Argumentation du (des) diagnostic (s) retenu (s) » (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2022, pp. 19 ss.), l'expert explique de manière fouillée en quoi son analyse diffère de celle de ses confrères et les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu d'autres pathologies. En ce qui concerne le volet du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, le Dr V. _____ examine les éléments pertinents l'ayant conduit à poser les diagnostics de trouble de stress post-traumatique complexe (6B41), de trouble à symptomatologie somatique (6C20) et d'épisode dépressif unique, modéré, sans symptômes psychotiques (6A70.1). S'agissant de la structure de la personnalité, l'expert souligne plus particulièrement que l'assuré présente une altération profonde de la personnalité sous la forme d'un trouble de stress post-traumatique complexe (anciennement modification durable de la personnalité selon la CIM-10). Cette modification profonde de la personnalité liée au diagnostic 6B41 entraîne une irritabilité, une anxiété massive, des troubles relationnels (comportement de retrait et difficulté à canaliser l'impulsivité), des troubles dans l'appréciation de soi et du monde environnant (vécu de vide, de dépréciation, méfiance, surinterprétation, hypervigilance). L'expert décrit également les traitements mis en œuvre en relevant que l'assuré bénéficie d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique avec une psychothérapie spécifique (type cognitivo-comportementale, ajout de l'EDMR [Eye Movement Desensitization and Reprocessing, réd.] selon la

Dre F. _____) depuis mars 2018. Auparavant, l'assuré a fait l'objet d'une prise en charge consistant en des séances d'hypnose auprès de la Dre C. _____. Il bénéficie en outre d'un traitement antidépresseur (Escitalopram, 20 mg). Les thérapies spécifiques centrées sur les traumatismes n'ont apporté que peu de résultats jusqu'ici, et la prise en charge psychothérapeutique s'oriente désormais plus vers le soutien. Pour le reste, dans la mesure où les traitements associent hypnose, thérapies cognitivo-comportementales centrées sur les traumas et l'EMDR, l'expert estime qu'ils sont adéquats au regard des troubles dont souffre l'assuré. Il était également justifié d'introduire un traitement antidépresseur. En ce qui concerne l'évaluation de la cohérence, le Dr V. _____ indique que la présentation thymique de l'assuré, son anxiété, ses mécanismes de réactivation traumatique, sa faible régulation des émotions (et les troubles relationnels qui en découlent), le court-circuitage des traumatismes dans la sphère somatique (trouble à symptomatologie somatique) sont compatibles et cohérents avec les diagnostics retenus. L'expert a effectué une pondération au sujet de l'intensité du syndrome dépressif, lequel est à son avis au second plan par rapport aux autres pathologies (trouble de stress post-traumatique complexe et trouble à symptomatologie somatique). Finalement, l'analyse du Dr V. _____ révèle d'importantes limitations fonctionnelles psychiques ; les ressources sont faibles, dès lors que les seuls domaines préservés sont l'hygiène, les aptitudes au déplacement et une intégration des règles de fonctionnement en groupe. Tous les autres domaines sont affectés selon une gradation qualifiée de moyenne à importante (capacités de planification et de structuration des tâches, flexibilité et capacités d'adaptation, usage de compétences spécifiques, capacité de prendre des décisions et d'émettre un jugement, endurance, capacités d'affirmation, capacité d'évoluer au sein d'un groupe, relations avec les proches, capacité d'initier des activités spontanées).

cc) Sur le vu de ce qui précède, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués par le Dr V. _____ sur la capacité de travail du recourant emportent la conviction et sont dépourvues de contradictions. Elles se fondent sur une grille d'indicateurs

pertinents conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'évaluation du caractère invalidant des troubles psychiques et assimilés (cf. considérant 3e *supra*).

dd) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'expertise du Dr V._____. Fruit d'une analyse circonstanciée, elle décrit le contexte déterminant et rend compte de la complexité du cas. Elle revêt donc une entière valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de se rallier aux conclusions rendues, soigneusement motivées et parfaitement claires. Les parties en conviennent du reste, sans réserve.

ee) Partant, il convient de retenir, à la lumière de l'expertise précitée, que le recourant présente une incapacité de travail de 100 % du 26 juin au 23 juillet 2017, une incapacité de travail de 50 % du 29 août au 31 décembre 2017 puis à nouveau une incapacité de travail de 100 % à compter du 1^{er} janvier 2018, sans modification depuis lors.

c) Le recourant soutient enfin qu'un abattement supplémentaire se justifie au regard des circonstances du cas d'espèce, notamment son activité au sein du même employeur durant quinze ans dans un milieu professionnel différent de sa formation. Il requiert l'application d'un abattement de 25 %.

aa) En relation avec la fixation du revenu d'invalidé fondé sur les statistiques salariales, la personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

bb) Compte tenu d'une incapacité de travail totale, un abattement supplémentaire ne se justifie pas pour tenir compte des difficultés à trouver une activité adaptée, puisqu'il n'en existe pas. Le grief devient sans objet.

6. En définitive, il y a lieu de considérer que l'incapacité de travail ayant débuté au 1^{er} juin 2017 a perduré sans interruption notable et est encore actuelle.

Dans la mesure où l'incapacité de travail du recourant se confond avec son incapacité de gain, il convient de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2018, soit à l'expiration du délai d'attente d'une année déterminant pour l'ouverture du droit à la rente (art. 28 al. 1 let. b LAI).

7. a) En conclusion, le recours bien fondé, doit être admis et la décision du 10 novembre 2021 réformée, en ce sens que P._____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2018.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 600 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 1'500 fr. compte tenu de la complexité de la cause, ceux-ci étant mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

d) Aux termes de l'art. 45 al. 1 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 arrêt publié aux 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.

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 du Centre S._____, en particulier du Dr T._____ sur l'aspect psychiatrique. Ces lacunes n'auraient pas dû échapper au SMR. L'expertise judiciaire a servi à pallier les 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 10'590 francs.

e) Pour le reste, dans la mesure où la décision d'octroi de l'assistance judiciaire du 14 décembre 2021 ne concerne que les frais de justice et ne porte pas sur la désignation d'un conseil d'office, il n'y a pas

lieu de statuer sur la question de l'indemnité d'office du conseil du
recourant.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 10 novembre 2021 par l'Office de
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en

ce sens que P._____ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juin 2018.

- 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 de l'expertise judiciaire réalisée par le Dr V._____ le 14 septembre 2022 par 10'590 fr. (dix mille cinq cent nonante 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 P._____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :