

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 mars 2025

Composition : M. WIEDLER, président
Mme Livet et M. Tinguely, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourant, représenté par Me Nicolas Gillard, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 4, 28 et 28 LAI ; art. 87 al. 2 et 3 RAI.

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], au bénéfice d'un diplôme d'employé de commerce, a travaillé en dernier lieu en tant que directeur d'un restaurant.

Le 16 août 2016, l'assuré a adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, indiquant souffrir d'une dépression engendrant une incapacité totale de travail depuis le 11 février 2016.

Dans un rapport du 16 décembre 2016, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant depuis le mois de juin 2013, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen depuis 2013. L'assuré éprouvait des difficultés à gérer le stress au travail et avait échoué dans son projet de restaurant. Il avait repris, en automne 2016, un emploi salarié d'expert-comptable.

Dans un projet de décision du 16 janvier 2017, confirmé par décision du 20 mars 2017, l'OAI a refusé d'accorder une rente à l'assuré, relevant qu'il avait été incapable de travailler du 11 février au 4 septembre 2016 mais qu'il disposait depuis lors d'une pleine capacité de travail.

B. Depuis le 21 août 2017, l'assuré a travaillé en tant que conseiller fiscal à plein temps auprès d' [...].

Le 18 novembre 2019, l'assuré a adressé à l'OAI une nouvelle demande de prestations, se prévalant d'un burn-out occasionnant une incapacité de travail à 50 % du 25 juin au 11 août 2019 puis à 100 % dès lors.

L'OAI s'est fait remettre le dossier constitué par l'assureur perte de gain maladie de l'assuré, qui contenait notamment un rapport du 28 novembre 2019 du Dr K._____ dans lequel il posait le diagnostic de

« F32.10 » et attestait d'une incapacité de travail justifiée en raison d'un stress professionnel. A la demande de l'assureur, une expertise avait été réalisée par le Dr Q._____, médecin praticien et spécialiste en médecine du travail. Dans son rapport du 4 décembre 2019, le Dr Q._____ retenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec syndrome somatique mais sans syndrome psychotique, avec répercussion sur la capacité de travail, ainsi que de trouble panique en rémission et de possibles traits de personnalité à déterminer au vu de l'anamnèse (immature, voire dépendante), sans effet sur la capacité de travail. Il estimait que l'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle mais capable de travailler dans une activité adaptée à 50 % dans un premier temps, avec une reprise progressive jusqu'à 80-100 %. Les ressources de l'assuré étaient entamées, mais présentes.

L'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un bilan d'orientation (communication du 20 mai 2020) puis une mesure de réinsertion sous la forme d'un entraînement à l'endurance dès le 17 août 2020 (communication du 11 août 2020). La mesure a été interrompue le 29 janvier 2021 en raison de l'impossibilité pour l'assuré d'augmenter son taux de présence au-delà de 30 % et de s'investir (rapport final du 3 février 2021).

Dans un rapport du 21 janvier 2021, le Dr K._____ a indiqué que la situation était inchangée depuis l'expertise du 4 décembre 2019, sans amélioration. L'assuré était toujours incapable de travailler depuis août 2019 dans toutes activités, et présentait les limitations fonctionnelles suivantes : fatigue, manque de concentration, baisse de motivation, hypersensibilité au stress, idées suicidaires récurrentes. En réponse à l'OAI, le Dr K._____ a précisé que les recommandations thérapeutiques de l'expert Q._____ n'avaient pas été suivies, le traitement évoqué n'étant pas adapté pour un assuré en surpoids et hypersomniaque.

Suivant l'avis de son service médical régional (ci-après : le SMR), l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr R. _____ (communication du 11 juin 2021).

Après avoir vu l'assuré le 5 juillet 2021, l'expert R. _____ a rendu son rapport le 20 septembre 2021. Il a retenu les diagnostics de troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique depuis juin 2019 (F33.11) et de trouble panique depuis juin 2019 avec attaques de panique plusieurs fois par semaine (F41.0), ayant une répercussion sur la capacité de travail. Sans effet sur la capacité de travail, il a retenu des traits mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, anankastique et anxieuse actuellement décompensés (Z73.1). L'assuré était capable de travailler à 50 % depuis juin 2019 dans son activité habituelle, sans baisse de rendement, étant précisé que cette activité était adaptée. Un traitement antidépresseur différent et une psychothérapie hebdomadaire étaient préconisés. S'agissant des ressources, l'expert a retenu que l'assuré présentait des comportements durables et stables partiellement disharmonieux, mais pas nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ce qui permettait de retenir la présence de traits de la personnalité, et non d'un trouble. Ces traits ne l'avaient pas empêché de travailler sans limitation par le passé.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé le 8 octobre 2021 que l'expertise était probante, de sorte qu'il retenait que l'assuré était capable de travailler à 50 % dans son activité habituelle.

Par projet de décision du 11 octobre 2021, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui accorder une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, dès le 1^{er} juin 2020, étant précisé que la rente serait réduite ou supprimée durant les périodes durant lesquelles il avait perçu des indemnités journalières. Il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail, sans interruption notable, depuis le 25 juin 2019. C'est à partir de cette date qu'était fixé le début du délai légal d'attente d'une année. A l'échéance du délai en question, soit le 25 juin 2020 et après un examen complet de son dossier, l'incapacité de travail

était de 50 % dans toutes activités. Le degré d'invalidité était donc de 50 %, ce qui donnait droit à une demi-rente.

Le 10 novembre 2021, l'assuré a contesté ce projet de décision, plus particulièrement l'appréciation de sa capacité de travail. Il a précisé souffrir d'une fatigue chronique qui avait été diagnostiquée postérieurement à la décision. Complétant ses objections, l'assuré a adressé un rapport établi le 12 novembre 2021 par le Prof. F. _____ et la Dre Z. _____, spécialistes en médecine interne générale, qui retenaient une fatigue chronique d'origine psychologique, dans un contexte d'un trouble dépressif récurrent, après des traumatismes psychologiques répétés par des burn-out successifs, sur lesquels se surajoutait un possible trouble de la personnalité.

Dans un avis du 13 janvier 2022, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'élément nouveau pour s'écarter de ses précédentes conclusions qui reposaient sur un examen approfondi. Le rapport du 12 novembre 2021 émanait de non-spécialistes en psychiatrie et faisait état d'éléments connus et évalués par l'expert R. _____.

Par décision du 7 mars 2022, l'OAI a accordé une demi-rente d'invalidité à l'assuré, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, d'un montant de 1'005 fr. du 1^{er} juin au 30 novembre 2020 puis de 1'014 fr. dès le 1^{er} janvier 2021, conformément à son projet de décision.

C. a) Par acte du 7 avril 2022, S. _____, désormais représenté par son conseil, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit accordée dès le 1^{er} juin 2020, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction et nouvelle décision. Le recourant a contesté l'appréciation de sa capacité de travail retenue par l'expert R. _____, relevant qu'elle s'opposait à celle de l'expert Q. _____ et des autres médecins. Il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Par décision du 22 juin 2022, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 7 juin 2022 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Nicolas Gillard.

Par réponse du 2 août 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours et indiqué que l'expertise du Dr R._____, sur laquelle il s'était fondé, remplissait tous les critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Répliquant le 18 novembre 2022, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a fait valoir que l'expertise du Dr R._____ comportait des contradictions et s'opposait également à l'appréciation du Dr K._____ dans son rapport du 28 novembre 2019 et de l'expert Q._____ dans son rapport du 4 décembre 2019, ainsi qu'à celle d'un inspecteur de sinistre de l'assureur perte de gain maladie avec qui il s'était entretenu en janvier 2020.

Dupliquant le 6 décembre 2022, l'intimé a confirmé ses conclusions, estimant que les pièces produites par le recourant n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision. Comme cela ressortait de l'avis SMR préconisant la mise en œuvre d'une expertise, c'était en raison des divergences entre le Dr K._____ et l'expert Q._____ qu'une expertise avait été réalisée et confiée au Dr R._____. Aucun élément ne permettait de s'écarter des conclusions du Dr R._____.

Dans un procédé complémentaire du 5 février 2024, le recourant a indiqué qu'il avait tenté de reprendre une activité au sein d'une fiduciaire en 2023, au taux initial de 20 %, mais avait rechuté très rapidement. Il a ajouté avoir fait une demande de mise sous curatelle pour assurer son suivi administratif.

b) Dans l'intervalle, par courrier du 29 novembre 2023, le juge instructeur a informé les parties qu'une expertise psychiatrique paraissait nécessaire et qu'il entendait proposer cette mission au Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les parties ont indiqué qu'elles n'avaient pas de motif de récusation à l'égard de l'expert pressenti. L'OAI a rappelé le cadre temporel soumis à l'examen du juge (courrier du 4 mars 2024).

Le 8 mai 2024, le juge instructeur a confié au Dr D._____ le soin de réaliser l'expertise.

Le Dr D._____ a rendu son rapport le 9 juillet 2024. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) et de trouble mixte de la personnalité avec des caractéristiques émotionnellement labiles, anxieuses et des dérapages paranoïaques (F61.0). Ces troubles influençaient de nombreux domaines du fonctionnement psychique (inhibition, fatigue, anxiété, intolérance au stress), cognitif (biais de raisonnement, jugement rigide) et comportemental (évitement des sources de stress, éloignement des relations interpersonnelles, intolérance à la frustration et menace suicidaire lorsque l'intéressé se sentait débordé sur le plan émotionnel). L'expert a constaté de faibles ressources résiduelles chez le recourant, se situant principalement dans le domaine des déplacements, des relations aux proches, de la compréhension d'une activité de groupe, des soins à sa personne. Ces ressources étaient trop faibles pour intégrer le recourant dans les contraintes du monde économique ouvert. Le recourant était ainsi incapable de travailler dans son activité habituelle, comme cela était démontré par les échecs de reprise d'activité en 2023 et 2024. L'incapacité existait au moins depuis novembre 2019. Il était également incapable de travailler dans toutes activités. L'expert D._____ a expliqué les raisons pour lesquelles ses conclusions s'éloignaient de celles des autres experts, y compris s'agissant des diagnostics retenus. L'échec de la mesure de réinsertion signalait un mauvais pronostic. L'expert s'est encore prononcé sur le traitement suivi.

Se déterminant sur l'expertise, l'OAI a renvoyé à un avis SMR du 26 juillet 2024 dans lequel il se ralliait aux conclusions de l'expert. Le recourant a confirmé ses conclusions, le 23 septembre 2024, après avoir résumé des passages du rapport d'expertise.

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 fondé sur un degré d'invalidité supérieur à 50 %.

b) 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^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si, comme en l'espèce, cette date est antérieure au

1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de

réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

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).

c) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

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. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter

l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire

sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

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).

6. a) En l'espèce, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité au recourant à partir du 1^{er} juin 2020, considérant qu'il était capable de travailler à 50 % dans son activité habituelle. L'OAI s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique établi par le Dr R. _____ le 20 septembre 2021.

L'expertise du Dr R. _____ n'est toutefois pas convaincante. L'expert n'expose pas en quoi le recourant serait apte à travailler dans son activité habituelle de fiscaliste, alors que le psychiatre traitant, le Dr K. _____, et l'expert Q. _____ retiennent que cette activité est trop stressante pour l'assuré qui a déjà fait deux burn-out en lien avec cette profession. Il n'explique pas non plus les raisons pour lesquelles il retient une capacité de travail de 50 %, alors que le recourant a échoué la mesure de réinsertion auprès de l'ORIF et n'a jamais réussi à augmenter son taux d'occupation au-delà de 30 %.

Compte tenu de ces circonstances et des conclusions contradictoires des experts R. _____ et Q. _____, le juge instructeur a ordonné une expertise qu'il a confiée au Dr D. _____. L'intimé s'est rallié

aux conclusions de l'expert D._____, considérant que son rapport était convaincant et probant.

b) En effet, le rapport du Dr D._____ peut se voir accorder une pleine valeur probante. L'expert a procédé à deux entretiens avec l'assuré, a tenu compte de toutes les pièces au dossier, y compris les rapports de la mesure de réinsertion, a exposé la journée type de l'assuré, a dressé son anamnèse, a pris en considération ses plaintes et a détaillé les raisons pour lesquelles il retenait ou réfutait les diagnostics et limitations fonctionnelles ressortant des précédents rapports d'expertise.

L'expert D._____ a ainsi retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2) et de trouble mixte de la personnalité avec des caractéristiques émotionnellement labiles, anxieuses et des dérapages paranoïaques (F61.0). Il a exposé les raisons pour lesquelles ces diagnostics avaient une influence sur la capacité de travail. Il a également pris soin de faire le lien entre les éléments de l'anamnèse et ses propres constatations cliniques, d'une part, et les diagnostics posés et son appréciation de la capacité de travail de l'assuré, d'autre part.

L'expert a relevé que l'assuré avait présenté des signes précurseurs d'un trouble de la personnalité dès son plus jeune âge. A l'âge adulte, la synthèse des observations du fonctionnement relationnel allait au-delà des traits de personnalité retenus par l'expert R._____ qui avait sous-estimé les altérations de personnalité et la réalité clinique, ne prenant pas la réelle mesure de l'influence du trouble de la personnalité sur les échecs professionnels vécus par l'assuré depuis 2013 et les altérations de personnalité survenues lors des mesures de réinsertion. L'expert D._____ a constaté que l'assuré présentait des déviations significatives des perceptions, des pensées, des sensations et des relations à autrui. Son trouble se répercutait sur la majorité des domaines du fonctionnement. Les critères généraux des troubles de la personnalité étaient ainsi réalisés, tout comme certaines composantes des critères spécifiques de ces troubles. L'expert a détaillé les éléments se retrouvant

dans les troubles émotionnellement labiles et les raisons pour lesquelles il retenait un tel trouble, non seulement un trait comme l'expert R._____. Il a encore relevé les éléments de la personnalité anxieuse présents chez l'assuré et expliqué pourquoi il ne retenait pas de traits anankastiques comme l'expert R._____. L'assuré présentait au demeurant plutôt des éléments d'une composante paranoïaque que ceux d'un fonctionnement obsessionnel. L'expert a encore détaillé les motifs l'amenant à exclure un trouble panique, à savoir que l'assuré ne décrivait pas avoir « peur d'avoir peur » ni un comportement d'évitement. L'anxiété présentée était majorée à la suite de facteur déclenchant, tel qu'un courrier ou un courriel, ce qui n'était pas concordant avec le diagnostic de trouble panique. L'anxiété de l'assuré devait, cela étant, être prise en considération de manière plus générale, au titre d'une manifestation de son trouble de la personnalité et de son trouble dépressif.

S'agissant du diagnostic de trouble dépressif, l'expert est revenu en détail sur la manière dont il avait été posé par les experts Q._____ et R._____. Il a relevé que l'utilisation par l'expert R._____ de l'échelle psychométrique devait être considérée avec réserves dès lors qu'il y avait lieu de préférer les critères développés dans la CIM-10, et que l'expert R._____ aurait pu analyser plus finement les critères retenus par l'expert Q._____ pour reconnaître qu'ils étaient compatibles avec une dépression sévère et pas uniquement moyenne comme indiqué par ce dernier. Selon l'évaluation réalisée par l'expert D._____, le degré de dépression de l'assuré était sévère, vu la présence de trois critères majeurs (abaissement chronique de l'humeur, diminution de l'intérêt et du plaisir, réduction de l'énergie et augmentation de la fatigabilité) et de critères mineurs (diminution de la concentration et de l'attention, diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, idée de culpabilité et de dévalorisation, attitude très pessimiste face à l'avenir, idée auto-agressive, perturbation marquée du sommeil). Compte tenu de la récurrence des épisodes et des quelques mois de rémission rapportés, le critère de récurrence pouvait être retenu, de l'avis de l'expert D._____.

L'expert D._____ s'est finalement livré à une analyse de la cohérence et de la plausibilité, concluant à un tableau cohérent au vu de ses constatations cliniques et de la journée type décrite par l'assuré, ainsi qu'à une évaluation des ressources au moyen de la Mini CIF APP. A l'issue de son analyse, il a constaté que les ressources résiduelles du recourant, se situant principalement dans le domaine des déplacements, des relations aux proches, de la compréhension d'une activité de groupe, des soins à sa personne, étaient trop faibles pour l'intégrer dans les contraintes du monde économique ouvert. Le recourant était ainsi incapable de travailler dans son activité habituelle, comme cela était démontré par les échecs de reprise d'activité en 2023 et 2024. L'incapacité existait au moins depuis novembre 2019. Il était également incapable de travailler dans toutes activités.

c) Il y a ainsi lieu de se fonder sur l'expertise probante du Dr D._____ et de retenir que le recourant est totalement incapable de travailler.

d) Reste à déterminer le début de cette incapacité. En effet, l'expert D._____ retient que celle-ci existait à tout le moins depuis novembre 2019. A ce moment-là, l'assuré déposait sa deuxième demande de prestations et le Dr K._____, dans son rapport du 28 novembre 2019, attestait d'une incapacité de travail pour des motifs psychiques. Il ressort cependant de l'ensemble des pièces au dossier que l'assuré a fait un burn-out en juin 2019, événement qui a engendré les atteintes psychiatriques incapacitantes retenues par le Dr D._____. La décision entreprise reconnaissait d'ailleurs que l'assuré avait présenté depuis juin 2019 une incapacité totale de travail sans interruption notable.

Vu ce qui précède, on retiendra que l'assuré était durablement incapable de travailler, dans toutes activités, depuis le mois de juin 2019, début du délai d'attente d'un an (art. 28 LAI). A l'échéance dudit délai, l'assuré était toujours totalement incapable de travailler dans toutes activités, ce qui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, dès le 1^{er} juin 2020. Il appartiendra à

l'intimé de fixer le montant de la rente et de l'arriéré à lui verser, notamment après coordination avec les indemnités journalières déjà versées.

7. Subsiste la question des frais de l'expertise judiciaire.

a) 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.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'assurance-invalidité (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 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. 1^{bis} 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 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. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 139 V 496 consid. 4 ; 137 V 210 consid. 4.4.2).

b) En l'espèce, l'OAI a fondé la décision entreprise sur les conclusions de l'expertise du Dr R._____, dont les lacunes ont été discutées dans le cadre du présent arrêt (cf. consid. 6 *supra*), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir en détails. Au vu de ces éléments, le SMR aurait dû porter un regard plus critique sur les conclusions de l'expert R._____. Dans ces circonstances, la Cour de céans ne peut que constater que l'intimé a manqué à ses obligations dans le cadre de son instruction, en accordant une pleine valeur probante au rapport d'expertise. 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'OAI la totalité des frais qui ont été nécessaires à la mise en œuvre de l'expertise judiciaire, à savoir les honoraires de l'expert, par 8'825 fr, conformément à sa note d'honoraires reçue le 17 juillet 2024.

8. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour qu'il alloue au recourant une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2020 et fixe le montant de l'arriéré de prestations notamment après coordination avec les indemnités journalières déjà versées.

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 la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) Les frais de l'expertise judiciaire par 8'825 fr. sont mis à la charge de l'intimé (art. 45 LPGA, cf. consid. 7 *supra*).

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). Me Gillard a déposé deux listes des opérations datées des 3 juillet et 24 octobre 2024. La liste du 3 juillet 2024, couvrant la période du 28 mars 2022 au 3 juillet 2024, fait état de 37,87 heures réalisées par Me Jeanrenaud, avocate-stagiaire, 28,48 heures réalisées par

Me Nseka, avocat-stagiaire, et 1,80 heures réalisées par Me Gillard. Cette liste ne peut pas être intégralement suivie. On constate en premier lieu que plusieurs opérations ne sont pas en rapport avec la présente cause, notamment les opérations « volet aide sociale » qui devront être retranchées. Le temps consacré à la préparation de la demande d'assistance judiciaire (plus de 4 heures) et à la confection de bordereaux ne saurait être pris en compte à titre d'activité déployée par l'avocat, s'agissant de pur travail de secrétariat (CACI 20 septembre 2024/428). On précisera, pour autant que de besoin, que l'assuré était alors au bénéfice du revenu d'insertion, de sorte que l'établissement du formulaire s'en trouvait facilité. Il y a également lieu de retrancher le temps consacré à la prise de connaissance de la décision d'octroi d'assistance judiciaire, celui-ci n'impliquant qu'une lecture brève ne dépassant pas les quelques secondes pour un avocat correctement formé (Juge délégué CACI 2 octobre 2017/437 consid. 7.1). S'agissant de l'établissement de la réplique, il ressort de la liste des opérations que 14,25 heures ont été consacrées en août 2022 ainsi que 17,77 heures en novembre 2022, ce qui apparaît excessif pour une écriture de 9 pages comprenant une page de garde et une page pour une table des matières, de sorte qu'il y a lieu de ramener ces opérations à 3 heures. La seconde liste du 24 octobre 2024, couvrant la période du 4 juillet au 24 octobre 2024, fait état de 0,40 heure réalisée par Me Nseka, avocat-stagiaire, 15,20 heures réalisées par Me Cottier, avocat-stagiaire, et 0,40 heure réalisée par Me Gillard. Cette liste ne peut pas non plus être suivie dans son intégralité. Il convient de retirer l'opération du 12 août 2024 totalisant 1,90 heures, consacrée à la rédaction d'un courrier relatif à la demande de taxation intermédiaire sollicitée par le mandataire, cette opération ne relevant pas de la défense des intérêts du recourant. Les opérations concernant [...] ne sont pas en lien avec la présente cause, de sorte qu'elles ne peuvent être indemnisées. Enfin, les opérations des 19 et 29 juillet 2024 pour la prise de connaissance du rapport d'expertise (2,50 heures) et celles des 13, 14, 26 août, 10 et 22 septembre 2024 (5,80 heures) pour la rédaction de déterminations à propos du rapport d'expertise apparaissent excessives, l'expertise reconnaissant une totale incapacité de travail au recourant. Pour ces opérations, un maximum de 3 heures sera retenu. Il apparaît

ainsi que de manière générale, l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre, eu égard à l'importance et à la complexité du litige. Ainsi, tout bien considéré, il convient d'arrêter l'indemnité à 5'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

e) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office, compte tenu des réductions d'opérations à opérer tel que développées ci-avant et de la date d'octroi de l'assistance judiciaire au 7 juin 2022. Il n'y a donc pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 7 mars 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il alloue à S. _____ une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, à compter du 1^{er} juin 2020 et qu'il fixe le montant de l'arriéré de prestations notamment après coordination avec les indemnités journalières versées.

- 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 judiciaire, d'un montant de 8'825 fr. (huit mille huit cent vingt-cinq 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 la somme de 5'000 fr. (cinq mille francs) à S. _____, à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Nicolas Gillard (pour S. _____),
- 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 :