

VD_GERICHTE ZD17.015357 vom 23. August 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-08-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.015357

FR: VD_GERICHTE ZD17.015357 du 23 août 2019

IT: VD_GERICHTE ZD17.015357 del 23 agosto 2019

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 125/17 - 261/2019 ZD17.015357 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 23 août 2019 _____ Composition : M. NEU, président Mme Dormond Béguelin et M. Küng, assesseurs Greffière : Mme Laurency ***** Cause pendante entre : C. _____, au [...], recourant, représenté par Me Olivier Bloch, avocat à Yverdon-les-Bains, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. _____ Art. 16 LPGA et 28 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. C. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1966 et originaire de [...], est arrivé en Suisse le 24 septembre 1995. Il a travaillé dans le secteur de l'affinage du fromage à partir de 1998. Le 7 octobre 2014, il a déposé 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 raison de problèmes de dos. Il ressort des différents certificats médicaux délivrés par le Dr G. _____, médecin traitant et spécialiste en médecine interne générale, que l'assuré avait été en incapacité de travail quelques jours en octobre 2010, du 24 au 30 avril 2012, du 5 au 18 novembre 2012, du 7 au 13 janvier 2013, du 12 au 16 juin 2013, du 13 au 23 février 2014, du 13 au 19 mars 2014, du 1er au 5 octobre 2014, puis à partir du 8 janvier 2015, afin de subir une décompression du canal lombaire étroit L4-L5 par laminectomie bilatérale le 9 janvier 2015. Selon un rapport du 27 mai 2015 du Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, l'évolution de l'assuré avait été défavorable à la suite de la laminectomie. Un traitement conservateur avait été tenté au préalable avec plusieurs infiltrations sans succès. L'assuré gardait des lombalgies qu'il décrivait plus intenses qu'auparavant. Elles s'associaient à des cervicalgies, mais également à une brachialgie gauche et des sciatalgies bilatérales, avec impression de blocage et de raideur des genoux et des chevilles. L'IRM de contrôle démontrait pourtant un bon résultat de la décompression. Le Dr T. _____ n'avait pas d'explication formelle et craignait une évolution vers des troubles somatoformes douloureux persistants. La physiothérapie n'avait pas eu de succès. Le médecin proposait dès lors une prise en charge très active.

- 3 - L'assuré a séjourné au Service de traitement et de réhabilitation médecine des Etablissements A. _____ du 15 juin au 3 juillet 2015 pour une rééducation intensive de la marche. Le diagnostic principal de lombalgies chroniques avec status post-laminectomie L4-L5 en janvier 2015 a été posé dans le rapport du 16 juillet 2015, ainsi que le diagnostic secondaire de syndrome post-traumatique. L'assuré avait quitté le service avec des douleurs améliorées, fluctuantes durant la journée. Il avait également accepté un suivi psychiatrique. Dans son rapport du 19 septembre 2015, le Dr T. _____, a retenu le diagnostic incapacitant d'évolution défavorable après décompression du canal lombaire étroit L4-L5 en janvier 2015. A titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, ce médecin a

indiqué un syndrome post-traumatique. L'ancienne activité d'aide fromager n'était plus exigible en raison notamment du port répétitif de fromages de 20 à 50 kg. L'assuré disposait d'une capacité de travail complète dans une activité adaptée sans port de charge de plus de 10 kg, sans travail en porte-à-faux antérieur et avec alternance des postures debout et assis. Les capacités de compréhension et d'adaptation étaient aussi limitées à cause de l'atteinte psychique et de problèmes linguistiques. A teneur d'un rapport du 29 janvier 2016, la Dre K. _____ de la Consultation H. _____, a posé les diagnostics incapacitants de trouble anxieux et dépressif mixte, existant depuis janvier 2015 au moment où l'assuré avait dû arrêter le travail et avait été opéré du dos, ainsi que d'état de stress post-traumatique, présent depuis 1995 (guerre en [...]) et en rémission depuis 2000 environ, réactivé depuis janvier 2015. Le traitement avait été entrepris depuis le 2 septembre 2015. L'assuré bénéficiait de séances de psychothérapie individuelle déléguée avec une psychologue à raison d'une fois toutes les trois semaines et d'un suivi psychiatrique tous les un à deux mois, ainsi que d'une médication. Aucune activité lucrative n'était exigible. Selon un avis du 6 septembre 2016 du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), l'assuré disposait d'une pleine

- 4 - capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité autorisant l'alternance des positions au gré de l'assuré, sans manipulation de charges de plus de 10 kg, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux antérieur et sans flexions-rotations répétées du tronc. S'agissant de l'atteinte psychique, elle était antérieure à l'établissement de l'assuré en Suisse en 1995 et n'occasionnait pas d'incapacité de travail durable. Par décision du 13 mars 2017, l'OAI a refusé le droit de l'assuré à une rente d'invalidité. B. a) Par acte du 7 avril 2017, C. _____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En substance, il a fait valoir que son état de santé s'était péjoré, surtout sur le plan psychique. Il a indiqué ne pas arriver à rester debout, assis ou couché une heure, avoir trois doigts paralysés au pied droit, y ressentir des fourmillements et des douleurs, avoir les pieds qui gonflent et ne pas arriver à dormir, avoir des cauchemars et des hallucinations à cause de la guerre. Sa femme avait la sclérose en plaque depuis 2005. Il avait fait une tentative de suicide. A l'appui de son recours, l'assuré a notamment produit une attestation de la Consultation H. _____ du 5 avril 2017, mentionnant une péjoration importante au niveau psychologique avec anxiété marquée, retrait social, auto-agression (se frappe à la tête), idées suicidaires avec tentative de mettre fin à ses jours (ingestion excessive de médicaments). L'assuré a également produit un rapport du 6 avril 2017 du Dr Q. _____, son nouveau médecin traitant et médecin praticien. Ce dernier a notamment relevé la persistance des douleurs. L'assuré présentait en outre selon le Dr Q. _____ un syndrome post-traumatique chronique et des troubles du sommeil accompagnés de cauchemars. Dans sa réponse du 15 juin 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, indiquant qu'aucun motif pertinent ne permettait de s'écarter de

- 5 - l'instruction médicale menée et qu'aucun élément n'était susceptible de remettre en cause l'appréciation du dossier. Répliquant le 6 juillet 2017, l'assuré, représenté par son conseil, a requis la mise en œuvre d'une expertise complète de son état de santé physique et psychique. b) Par courrier du 30 août 2017, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, dont il a confié la réalisation à la Policlinique F. _____. Dans leur rapport du 6 février 2018, les Dres B. _____, Z. _____, toutes deux spécialistes

en médecine interne générale, et le Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics incapacitants de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe, évolution morbide d'un état de stress post-traumatique (F62.0) ; de lombo-pseudo-sciatalgies bilatérales chroniques d'étiologie indéterminée avec laminectomie L4-L5 de décompression d'un canal lombaire étroit L4-L5 en janvier 2015 (M48.06) et failed back surgery syndrome (Y83.8), ainsi que de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4). En théorie, au plan physique, rhumatologique et neurologique, la capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Compte tenu toutefois de l'atteinte à la santé psychique sévère de l'assuré, il n'était plus capable de travailler depuis la date de l'opération en janvier 2015. L'assuré s'est déterminé le 1er mars 2018 en concluant à la réforme de la décision du 13 mars 2017 de l'OAI au vu des conclusions de l'expertise. Par courrier du 1er mars 2018, l'OAI a fait valoir que l'expert psychiatre n'avait pas analysé la situation en fonction des indicateurs émanant de la jurisprudence publiée au mois de juin 2015 et développée dans le domaine des troubles somatoformes et affections assimilées. Les conclusions du rapport d'expertise ne pouvaient être suivies telles quelles.

- 6 - Par d'ultimes déterminations du 20 mars 2018, respectivement du 23 mars 2018, les parties ont confirmé leurs précédentes écritures. 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 de l'assurance-invalidité. 3. a) 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, 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

- 7 - 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). b) 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). c) 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). 4. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a

- 8 - d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

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

l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en

- 10 - 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 l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1). 5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (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

- 11 - 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 6. a) En l'espèce, les parties ne contestent pas l'appréciation faite par les experts de la Polyclinique F. _____ concernant l'état de santé du recourant sur le plan somatique, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée physiquement légère, sans soulèvement répétitif de charges, exposition à des vibrations corporelles ou au froid, maintien de positions statiques prolongées au-delà d'une heure sans possibilité de varier ces dernières, travail avec rendement imposé (p. 22 de l'expertise du 6 février 2018). L'intimé estime toutefois que les conclusions des experts ne peuvent pas être suivies telles quelles s'agissant des atteintes psychiques, certains indicateurs à examiner en cas de trouble somatoforme douloureux et d'atteintes psychiques faisant défaut. b) Bien que le trouble somatoforme diagnostiqué chez le recourant soit en second plan selon les experts (p. 23), on constate avec l'intimé que la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes et lésions assimilées (consid. 4 supra) s'applique au cas présent en raison du diagnostic de modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe, évolution morbide d'un état de stress post-traumatique, au premier plan, et l'extension par le Tribunal fédéral de l'utilisation de la grille d'évaluation à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 409 et 418). Il convient donc d'examiner si l'expertise précitée est probante au vu des critères fixés par la

- 12 - jurisprudence, étant précisé que le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante (consid. 4d supra). c/aa) Les médecins de la Polyclinique F. _____, dont un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics incapacitants selon les règles de l'art, en se référant à la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM- 10). Ils analysent en outre d'éventuels motifs d'exclusion et concluent à l'absence d'attitude de manipulation. Il n'y avait pas de simulation ou d'inauthenticité, ni exagération des symptômes lors des entretiens (pp. 19 et 22). bb) Il convient ensuite d'analyser le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé. aaa) Les médecins décrivent une personne présentant des symptômes importants. Lors des entretiens, l'expertisé était transpirant, tendu et anxieux, à la respiration rapide et se tenait le visage ou se donnait des coups sur la tête et les jambes, afin de « se relâcher ». Il présentait un tremblement des membres supérieurs fluctuant. La voix était par moment presque inaudible et la thymie triste et déprimée. L'évocation des affects était difficile notamment par l'émotion et l'agitation entraînées par le rappel d'éléments traumatiques (pp. 11 et 19). Le recourant avait rapporté aux experts un état d'anxiété, d'irritabilité, avec des crises sous la forme de sensation d'étouffement avec douleurs épigastriques, sudations et palpations. Il s'était décrit en état de nervosité et de qui-vive permanent avec un besoin parfois de se frapper pour soulager la tension. Il y avait une perte

d'espoir, une tristesse, des idées obsédantes de suicide. Les symptômes de la lignée post-traumatique apparaissaient plutôt la nuit, avec des cauchemars à contenu violent, soit directement liés à des souvenirs de traumatismes vécus, soit liés à des scènes violentes imaginaires. Le sommeil était mauvais. Il y avait une fatigue avec sensation de perte de force et de lourdeur

- 13 - généralisée (p. 19). Les experts relèvent que le contexte de stressors psychosociaux majeurs a contribué à l'installation du trouble somatoforme et à sa mauvaise évolution. Le syndrome douloureux limite aussi fortement les activités du recourant (p. 19) et présente à lui seul des critères de gravité (p. 24). Quant aux symptômes du stress post-traumatique, ils étaient actifs presque au complet (réminiscences, cauchemars, anxiété, hypervigilance, troubles du sommeil, thymie abaissée, idéation suicidaire, crises de panique). L'atteinte s'était manifestée de plus en plus sévèrement depuis 2005 environ et s'était aggravée au fil des difficultés rencontrées et des opérations subies. Les experts qualifient la réactivation de bruyante et la médication psychotrope de lourde (pp. 19-20). Le recourant luttait au quotidien contre des flashbacks envahissants et avait fait un tentamen médicamenteux début 2017 (p. 23). L'atteinte à la santé psychique est sévère d'après les médecins (p. 22). Concernant le succès, respectivement la résistance au traitement, les médecins de la Polyclinique F._____ mentionnent un suivi psychiatrique intégré, comprenant des entretiens à quinzaine, et la prescription de plusieurs psychotropes antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques et hypnotiques (pp. 18-19). Le recourant est compliant et le traitement bien conduit (p. 23). Un tentamen médicamenteux en 2017 avait malgré tout nécessité une courte hospitalisation avec lavage gastrique (p. 19). Deux ans après le début du traitement bien conduit, l'évolution de l'atteinte à la santé psychique était mauvaise. Il s'agit pour les médecins d'un facteur de mauvais pronostic supplémentaire (pp. 23- 24). Pour la question des comorbidités, les experts exposent que le trouble somatoforme douloureux dont souffre le recourant est en second plan, mais qu'il limite aussi fortement les activités (p. 19). Le trouble renforce la limitation complète de la capacité de travail du recourant (p. 23) et présente aussi à lui seul des critères de gravité, avec répercussions dans tous les domaines de la vie (p. 24). bbb) S'agissant de l'axe personnalité du recourant, les médecins de la Polyclinique F._____ rapportent notamment des idées suicidaires, une tristesse, un abaissement global de l'humeur et une perte d'espoir. Le recourant leur déclarait ne plus pouvoir être « lui-même » et

- 14 - que tout allait mal évoluer. Il se sentait « dévoré de l'intérieur » (p. 8). Il paraissait parfois enfermé dans ses pensées douloureuses, avec une thymie triste et déprimée (p. 11). Les douleurs ressenties par le recourant entraînaient probablement une perte de confiance en soi, des peurs, une insécurisation et un comportement de retrait et d'épargne, voire immobilisation, la douleur comportant des aspects cognitifs, émotionnels, comportementaux entre autres (pp. 14-15). Le recourant est décrit comme anxieux et hypervigilant, avec un discours déstructuré par l'inquiétude (p. 19). Il était collaborant et respectueux avec une prise en compte de l'interlocuteur quand l'état d'agitation anxieuse le permettait. Le recourant se frappait violemment la tête de la main pour se relâcher (p. 19). L'évocation des affects était difficile, notamment en raison de capacités d'abstraction apparemment limitées (p. 19). Les experts retiennent que le recourant lutte au quotidien contre des flashbacks envahissants, qui ne lui permettent plus de se projeter dans un avenir professionnel quelconque et qui entravent son fonctionnement familial et personnel. Il n'avait pas d'autre intérêt que sa famille proche (p. 23). ccc) Concernant le contexte social,

l'expertise relève que l'épouse du recourant souffre d'une sclérose en plaques évolutive. Elle marche avec des cannes sur un maximum de 100 mètres, mais arrive à s'occuper à son rythme des tâches ménagères. Le recourant lui donne un coup de main. Ils font les repas ensemble, les courses également. Le recourant est titulaire du permis de conduire. Les filles du couple sont souvent sollicitées pour aider au ménage. Lorsqu'il se promène, le recourant peut marcher une dizaine de minutes au maximum, puis il doit s'arrêter en raison des douleurs. Il est aussi pris par des crises d'angoisse. Son fils est en apprentissage et vit encore chez les parents, mais la relation est décrite comme difficile. Le recourant a quatre petits-enfants qu'il a du plaisir à rencontrer ou à prendre chez lui de manière occasionnelle. Ses filles vivent à quelques minutes de chez lui et il apprécie d'aller leur rendre visite dans sa tournée du matin. Le recourant n'a pas d'autre plaisir dans la vie et se dit être retiré du monde, de la vie sociale. Il n'a quasiment plus d'ami et ne travaille plus depuis janvier 2015

- 15 - (pp. 9-10). L'isolement social est complet hormis les contacts avec ses filles (p. 19). cc) Se pose ensuite la question de la cohérence des troubles, soit en premier de savoir s'il existe des limitations uniformes des niveaux d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. Les experts retiennent que le recourant est autonome en ce qui concerne le paiement des factures, l'organisation du ménage et qu'il conduit sa voiture (p. 10). Son quotidien se résume à des promenades, à l'exécution partielle des tâches ménagères et des visites à sa famille proche. Le recourant bénéficie de l'aide de ses filles et effectue certaines tâches avec son épouse malade (pp. 10 et 23). Les médecins de la Policlinique F. _____ retiennent que les atteintes entravent le fonctionnement familial et personnel. Elles ont des répercussions dans tous les domaines de la vie du recourant (pp. 23 et 24). Les experts relèvent une bonne cohérence entre les documents au dossier médical et les observations qu'ils ont pu eux-mêmes faire (p. 23). On précise encore que l'analyse doit reposer sur une approche globale et que la moindre incohérence ne permet pas de qualifier le comportement en cause d'incohérent (THOMAS GÄCHTER/MICHAEL E. MEIER, Schmerzrechtsprechung 2.0, p. 34 s., in Jusletter du 29 juin 2015). Pour l'évaluation du poids effectif des souffrances au regard de la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligé, le recourant est collaborant et compliant au traitement (p. 23). S'agissant de la médication, les valeurs obtenues à la suite du prélèvement sanguin suggèrent une bonne adhésion médicamenteuse (pp. 11-12). Les experts soulignent que le recourant met en œuvre ce qu'il faut pour améliorer son état de santé. Il est compliant quant au suivi psychiatrique, il prend sa médication antidépressive et neuroleptique, et malgré cela, les symptômes sont au premier plan, entravant son fonctionnement quotidien (p. 24). d) La jurisprudence précise par ailleurs que le caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques doit être établi dans le cadre d'un examen global (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1) et que les

- 16 - experts doivent procéder à une appréciation au vu des caractéristiques du cas particulier (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Par le biais des constatations au regard des indicateurs, on va obtenir des indices afin de pallier le manque de preuves (directes) en relation avec l'évaluation de l'incapacité de travail des troubles en question, lorsqu'il s'agit en particulier d'apprécier l'existence de douleurs et de ses effets, qui ne sont que très difficilement objectivables (ATF 141 V 281 consid. 4.1 in fine en relation avec les consid. 3.4.1.2 et 3.7.2 ; TF 9C_422/2016 du 23 janvier 2017 consid. 5.3.2). En d'autres termes, la confrontation entre les constatations posées au moyen des indicateurs de gravité

fonctionnelle et celles posées au moyen des indicateurs de la cohérence permettent ainsi une évaluation aussi concrète que possible des ressources résiduelles à disposition de l'assuré en vue de fournir l'effort raisonnablement exigible de sa part (SUSANA MESTRE CARVALHO, Exigibilité, La question des ressources mobilisables, RSAS/SZS 2/2019, 59 ss.). Au vu des éléments exposés dans l'expertise et détaillés ci-avant, on constate que les experts ont examiné l'état de santé psychique du recourant conformément aux lignes directrices fixées par la jurisprudence. Les critiques de l'intimé relatives au caractère incomplet de l'expertise ne sauraient donc être suivies. En particulier, l'examen global des experts a permis d'obtenir des indices suffisants pour apprécier l'existence des douleurs et de ses effets. Ils ont pu procéder à une évaluation aussi concrète que possible des ressources résiduelles du recourant avant d'en tirer la conclusion qu'il présente une incapacité totale de travail. e) Les conclusions de l'expertise du 6 février 2018, reconnaissant une incapacité de travail totale, concordent avec le contenu du rapport du 29 janvier 2016 de la Consultation H. _____ (anxiété, idéations suicidaires, troubles du sommeil, cauchemars, flashbacks et reviviscences envahissantes, hypervigilance, recourant collaborant et investi dans l'espace thérapeutique, agitation psychomotrice, transpiration abondante, respiration rapide, émoussement émotif, abaissement de l'humeur avec perte d'espoir, état de nervosité et d'irritabilité, sensation de lourdeur et de manque de force, fatigue importante, douleurs, incapacité de travail totale). Le rapport du 6 avril 2017 du Dr Q. _____

- 17 - contient aussi des observations analogues (« L'éducation et la culture de M. C. _____ font qu'il a du mal à exprimer ses sentiments. » ; « Sa situation somatique l'a retiré de sa place utile et productive. Ses capacités d'adaptation sont très faibles et il en est conscient. »). L'intimé n'apporte du reste aucun argument sur le plan médical qui viendrait contredire les observations des experts, le SMR se limitant à constater le caractère incomplet de l'expertise (consid. 6c et d supra). A toutes fins utiles, il est précisé que le stress post-traumatique dont a initialement souffert le recourant était en rémission à partir de 2000 et s'est réactivé en janvier 2015 (rapport du 29 janvier 2016 de la Dre K. _____ ; p. 18 de l'expertise du 6 février 2018). Le recourant a d'ailleurs pu travailler de 1998 à janvier 2015 sans interruption notable (cf. certificats médicaux du Dr G. _____). Il s'agit ainsi d'un cas d'assurance distinct d'une éventuelle incapacité de gain à l'arrivée du recourant en Suisse en 1995. Les conditions d'assurance sont par conséquent remplies (voir à cet égard TFA I 351/04 et I 400/04 du 28 juillet 2005 consid. 5.5), contrairement à ce que soutient le SMR dans son avis du 6 septembre 2016. f) Partant, il y a lieu de retenir que le recourant présente une incapacité totale de travail depuis le mois de janvier 2015. Les observations, non contestées, des experts concernant le début de l'incapacité sont motivées et ne sont pas critiquables. Elles concordent avec le constat du rapport du 29 janvier 2016 de la Dre K. _____ relatif à l'existence des atteintes depuis janvier 2015. Compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI), le recourant peut prétendre à une rente entière d'invalidité à compter du 1er janvier 2016. 7. a) En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision entreprise réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2016. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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. 1bis première

- 18 - phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe. c) Aux termes de l'art. 45 LPGA, les frais de l'instruction

sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Dans un ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire pouvaient être mis à la charge de l'assurance-invalidité, lorsque l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1bis 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. 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. 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 revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la

- 19 - production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 consid. 4.4). En l'occurrence, l'intimé a fondé sa décision sur le rapport du 19 septembre 2015 du Dr T. _____ s'agissant de l'aspect somatique, ce qui n'est pas contesté. Il a toutefois ignoré le rapport pourtant bien étayé de la Dre K. _____ du 29 janvier 2016 concernant le plan psychique. Ce rapport mentionnait clairement une incapacité de travail durable (« Le traitement de séquelles d'état de stress post-traumatique est complexe et nécessite une prise en charge de longue durée. La thérapie ayant débuté au mois de septembre dernier, il nous paraît encore prématuré d'évaluer son effet sur la capacité de travail de Monsieur. »). L'intimé s'est contenté de l'avis du SMR du 6 septembre 2016, soit du Dr [...], qui n'est pas spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il était cependant manifeste que le rapport du 29 janvier 2016 ne pouvait pas être écarté en cinq lignes, sans aucune instruction plus poussée, en particulier au vu des autres rapports au dossier, notamment celui du 27 mai 2015 du Dr T. _____ parlant d'une évolution vers des troubles somatoformes douloureux persistants et du 16 juillet 2017 des Etablissements A. _____ qui faisait état d'un suivi psychiatrique. Dans ces circonstances, l'autorité de céans ne peut que constater que l'intimé a fait preuve de manquement dans le cadre de son instruction, singulièrement qu'elle s'est contentée d'un avis SMR à l'évidence insuffisant pour écarter les avis concordants de plusieurs médecins traitants quant à l'existence d'une maladie psychiatrique du recourant. L'expertise judiciaire a servi à pallier aux manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Dans ces conditions, la totalité des frais de l'expertise, soit 12'000 fr., doit être mis à la charge de l'assurance-invalidité. d) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié,

le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui

- 20 - succombe. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant. 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 13 mars 2017 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que C._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er janvier 2016. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. Les frais de l'expertise, à hauteur de 12'000 fr. (douze mille francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud. V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. Le président : La greffière : Du

- 21 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Olivier Bloch (pour C._____), - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.