

VD_GERICHTE ZD21.020308 vom 23. Februar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-02-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD21.020308

FR: VD_GERICHTE ZD21.020308 du 23 février 2023

IT: VD_GERICHTE ZD21.020308 del 23 febbraio 2023

Erwägungen

E. 6

DIAGNOSTICS - Episode dépressif réactionnel d'intensité modérée avec syndrome somatique (F32.11) depuis six mois.

- 13 - En janvier 2018, le médecin traitant déclare l'apparition d'un syndrome dépressif réactionnel en rapport avec le syndrome douloureux quotidien. Depuis un an, l'expertisé déclare en effet l'apparition d'un état dépressif en rapport avec l'importance des conséquences négatives de ses atteintes somatiques et du retrait social. Concernant la date d'apparition de cet épisode dépressif, les déclarations de l'expertisé diffèrent entre le début de cette présente évaluation et lorsqu'on l'interroge sur l'apparition des différents critères dépressifs lors de l'anamnèse orientée. Initialement, l'expertisé déclare l'apparition de l'épisode dépressif depuis six mois, alors que l'anamnèse orientée indique un début il y a un an. Si l'on tient compte des déclarations du médecin traitant en janvier 2018, on peut raisonnablement retenir un trouble de l'adaptation dès janvier 2018 qui s'est aggravé par la suite en épisode dépressif depuis six mois. Spontanément, l'expertisé évoque assez peu de symptômes, les limitant à la perturbation émotionnelle de son humeur, associée à des pleurs et au retrait social et l'isolement personnel, le tout sur un fond d'un syndrome douloureux chronique géré par les traitements médicamenteux et de physiothérapie. L'anamnèse orientée permet de retrouver sept critères selon la CMI10. Les trois critères majeurs sont jugés sévères par l'expertisé. Les idées dépressives sont passablement importantes, alors qu'existent également des pensées suicidaires. Néanmoins, le ralentissement est uniquement physique, les troubles neurocognitifs ne sont pas présents dans de nombreuses situations. D'autre part, il n'y a pas de troubles du sommeil à l'heure actuelle sous un traitement de Trittico, et bien que l'appétit soit diminué il n'y a pas de perte de poids. Dans le quotidien, l'expertisé semble surtout passif et peut réagir aux demandes de son épouse. Ceci relève plus de son fonctionnement lié à sa personnalité, plutôt qu'au trouble dépressif. Il n'estime pas être limité dans les tâches de la vie quotidienne. Pour autant, on peut estimer que l'état dépressif actuel participe au retrait social. L'expertisé décrit d'ailleurs un rétrécissement de son réseau social, qui n'était pas très fourni au préalable. Au status, on ne retrouve que des arguments en faveur d'un épisode dépressif modéré, sans aucun signe de sévérité. En outre, il n'y a pas de signes psychotiques. - Accentuation de certains traits de la personnalité (passifs et dépendants) Z73.1

E. 7

EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

E. 7.1

Résumé de l'évolution personnelle, professionnelle, sociale et médicale actuelle (...) Notre évaluation confirme une nette aggravation dépressive. Selon les informations recueillies

auprès du psychiatre traitant, l'évolution a été, dans un premier temps, marquée par une fluctuation dépressive avec des périodes limitées, dans le temps, marquées par un degré sévère avec des idées suicidaires passagères. En octobre 2019, l'évaluation du psychiatre traitant ne justifiait pas une hospitalisation en milieu psychiatrique. Les informations recueillies auprès de son épouse, lors d'un entretien téléphonique le jour de l'expertise, conformément une aggravation dépressive ces dernières semaines. Autant les éléments anamnestiques qu'objectifs confirment un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur. En effet, nous retrouvons tous les critères dépressifs, les caractéristiques mélancoliques des idées dépressives, l'importance des idées suicidaires à la fois envahissantes et scénarisées, C'est la raison pour laquelle le risque de dangerosité immédiate a été jugé

- 22 - élevé et justifiant l'indication d'une hospitalisation en milieu psychiatrique. Devant le refus de l'expertisé d'accepter une telle mesure médicale, l'expert psychiatre a été contraint de prendre la décision de placement à des fins d'assistance (PLAFA). Le psychiatre traitant et l'épouse ont été informés de cette décision. L'expertisé n'a en outre pas manifesté de réaction agressive face à une telle décision. En résumé, notre évaluation confirme l'aggravation dépressive justifiant une incapacité de travail de 100% dans toute activité. Cette détérioration psychique s'explique principalement par la faiblesse des ressources de l'expertisé et l'impossibilité de s'adapter aux changements de sa santé physique, de ses limitations somatiques dans le contexte de l'accentuation de certains traits de personnalité. Aucun facteur de stress nouveaux ni aucun autre événement majeur n'a été relevé par l'expertisé ou le psychiatre traitant. En outre, cette aggravation dépressive survient malgré un traitement psychotrope adéquat et une augmentation de la posologie du traitement de Duloxétine à une dose élevée.

E. 7.2

Évaluation de l'évolution s'agissant des traitements. des mesures de réadaptation, etc., pronostic Traitement L'évolution est donc défavorable vers un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques malgré une prise en charge psychiatrique mensuelle et un traitement psychotrope composé de Duloxétine 90 mg par jour, Trittico 100 mg par jour et Tranxilium 2 fois 10 mg par jour. Il s'agit d'un traitement psychotrope associant plusieurs molécules à des doses importantes ne permettant toutefois pas d'obtenir une amélioration de l'état psychique, Dans ce contexte, nous avons effectué un monitoring thérapeutique des trois molécules. Les résultats nous permettent d'écarter un problème de compliance. Compte tenu de l'évolution, malgré une prise en charge adaptée, nous n'avons pas d'autre mesure à proposer si ce n'est la mesure de PLAFA ordonnée le jour même de l'expertise en raison de la dangerosité immédiate. Réadaptation L'état psychique n'est actuellement pas compatible avec un processus de réadaptation dans une quelconque activité. (...)

E. 7.3

Évaluation de la cohérence et de la plausibilité Nous n'observons pas de divergence entre les symptômes décrits et l'observation objective médicale. En outre les éléments recueillis auprès du psychiatre traitant et de l'épouse de l'expertisé concordent également avec l'aggravation dépressive. Enfin, l'atteinte est uniforme dans tous les domaines de la vie.

E. 7.4

Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés Ressources Comme mentionné dans le rapport d'expertise d'avril 2019, les ressources de l'expertisé sont faibles Nous

avons déjà relevé un niveau d'intelligence dans la norme inférieure, une scolarisation limitée, des connaissances en français insuffisantes et l'absence de formation alors que le parcours professionnel se limite à une activité d'ouvrier dans la construction. Lors de l'évaluation de février 2019, nous avons relevé une diminution temporaire des ressources à cause de l'épisode dépressif. A l'heure actuelle, on peut estimer que

- 23 - l'épisode dépressif sévère réduit durablement les ressources de l'expertisé.
Ressources personnelles En particulier, on peut relever la diminution des ressources suivantes : - L'aptitude à la communication. - La capacité à respecter un cadre. - La capacité d'adaptation et de flexibilité psychique. - La capacité d'organisation. - La capacité d'endurance. - La capacité de prise de décision et de jugement. - Les capacités relationnelles. - La capacité d'autonomie dans les activités quotidiennes. Ressources externes Actuellement, le réseau social se limite à son épouse et aux rendez-vous médicaux. L'épouse est toutefois active selon un horaire coupé. Ainsi, l'expertisé reste la plupart du temps seul.

E. 8

REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT

E. 8.1

Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici • Combien d'heures de présence l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ? 0 heure par jour. • Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ? Elle est entièrement réduite. • À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ? 0 %. • Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil de temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ? On peut estimer que la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 0% depuis environ septembre 2018. Dans le rapport d'expertise d'avril 2019, nous avons relevé que le médecin traitant avait constaté un état dépressif en janvier 2018 sans autre précision. Il nous semblait alors tout à fait plausible qu'un trouble de l'adaptation ait été le point de départ de la dégradation psychique dès le début 2018, avant d'évoluer vers un épisode dépressif réactionnel d'intensité modérée à partir de septembre 2018, sachant que l'expertisé avait fait remonter son état dépressif à l'époque à 6 mois en arrière.

E. 8.2

Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré • Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ? La psychopathologie actuelle justifie les limitations suivantes : - Difficultés relationnelles.

- 24 - - Possible agressivité. - Difficultés dans la gestion des émotions. - Apragmatisme. - Difficultés liées aux tâches administratives. - Difficultés à maintenir une hygiène personnelle. - Difficultés d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. - Difficultés à maintenir un rythme diurne et nocturne. - Difficultés d'organisation du temps. - Difficultés dans la reconnaissance de la maladie. - Hypersensibilité au stress. Sont également limités : - La capacité d'attention. - La capacité de concentration. - La capacité mnésique. - La capacité d'organisation. - La capacité de planification. - La capacité d'adaptation aux changements. • Quel serait le temps de présence maximal possible dans

cette activité (en heures par jour) ? 0 heure par jour. • La performance de l'assuré serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ? Elle est entièrement réduite. • À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail par rapport à un emploi à 100 % ? 0 %.

• Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ? La capacité de travail dans une activité adaptée est nulle depuis environ fin octobre 2019.

E. 8.3

Mesures médicales et thérapies avant un impact sur la capacité de travail • D'après l'expert, la capacité de travail peut-elle encore être améliorée de façon sensible par des mesures médicales ? Non. • Dans l'affirmative, veuillez préciser les options thérapeutiques individuelles, la durée probable du traitement jusqu'à l'obtention d'un résultat positif et les preuves à l'appui de la thérapie proposée, y compris le degré de succès prévisible. Y a-t-il des raisons médicales (risques) qui plaident contre la thérapie proposée ? Sans objet. En l'absence de facteur de stress majeur, la dégradation dépressive actuelle indique que l'incapacité de travail psychique sera durable compte tenu de la faiblesse de ses ressources - 25 - personnelles dans le contexte de l'accentuation de certains traits de personnalité.

E. 8.4

Questions se rapportant au cas précis • Nous remercions l'expert psychiatre de bien vouloir détailler l'évolution de l'état de santé de l'assuré après la prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique, déterminer si des atteintes à la santé au plan psychiatrique persistent et dans l'affirmative, poser les diagnostics selon la CIM-10, fixer le taux de capacité de travail exigible dans une activité adaptée, préciser l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 28.09.2011. On peut estimer que la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 0% depuis environ septembre 2018. Dans le rapport d'expertise d'avril 2019, nous avons relevé que le médecin traitant avait constaté un état dépressif en janvier 2018 sans autre précision. Il nous semblait alors tout à fait plausible qu'un trouble de l'adaptation ait été le point de départ de la dégradation psychique dès le début 2018, avant d'évoluer vers un épisode dépressif réactionnel d'intensité modérée à partir de septembre 2018 ; l'expertisé avait fait remonter son état dépressif à 6 mois en arrière. La capacité de travail dans une activité adaptée au trouble dépressif modéré est entière depuis septembre 2018. Il s'agit toutefois d'une activité manuelle simple et générale tenant compte des faibles ressources qui rendent l'accès un processus d'adaptation plus difficile. Avec la récente aggravation psychique vers un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, la capacité de travail est nulle dans toute activité depuis environ fin octobre 2019, y compris dans une activité adaptée • Pourriez-vous décrire l'effet concret de la limitation des ressources psychiques de Monsieur A.E. _____ sur : - l'atteinte à la santé ; - le succès du traitement - la capacité de réadaptation professionnelle ? La faiblesse des ressources psychiques implique une difficulté à adhérer à un processus psychothérapeutique pouvant permettre d'améliorer la capacité d'adaptation aux facteurs de stress extérieurs ou liés à la santé physique de l'expertisé. Ainsi, le traitement psychiatrique pluridisciplinaire est le seul accès thérapeutique. La faiblesse des ressources rend également difficile l'adhésion à un tel traitement, comme d'ailleurs la nécessité d'une hospitalisation en milieu psychiatrique. De ce fait, l'atteinte à la santé devient durable et le succès du

traitement limité. L'atteinte dépressive réduit d'autant plus les ressources et la capacité de réadaptation professionnelle. » Dans son rapport du 31 janvier 2020, la Dre R. _____ du SMR a notamment retenu que :

- 26 - « (...) Pour ce qui concerne l'exercice d'une activité adaptée, la CT est restée entière depuis 2011 sans perte de rendement sur le plan de la médecine interne. Sur le plan rhumatologique, la CT a été considérée complète dans une activité adaptée depuis cette même date (comme d'ailleurs déjà relevé dans l'expertise du PMU). L'aggravation de l'état de santé survenue le 18.02.2018 avec apparition de troubles moteurs déficitaires du membre inférieur droit ayant rendu nécessaire une intervention le même jour pour un canal étroit a justifié une IT dans toute activité totale mais transitoire depuis le 18.02.2018 à 3-6 mois post-intervention. Ensuite la CT dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dans l'Avis SMR du 14.05.2019 aurait pu être considérée à nouveau pleine au plus tard à partir de septembre 2018 (Courrier du Dr A. _____ et de Mme V. _____ du 26.09.2019, GED 30.09.2019). Au plan psychiatrique, le complément d'expertise psychiatrique réalisé par le Dr H. _____ le 26.11.2019 (Rapport du 15.01.2020, GED 21.01.2020) a confirmé l'aggravation dépressive et retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3). Entre autre un PLAFa a été ordonné le jour même de l'expertise. L'expert a signalé que cette aggravation dépressive survient malgré un traitement psychotrope adéquat et une augmentation de la posologie du traitement de Duloxétine à une dose élevée. Le Dr H. _____ n'a pas observé de divergence entre les symptômes décrits et l'observation objective médicale et il a relevé une diminution des ressources suivantes : aptitude à la communication, capacité à respecter un cadre, capacité d'adaptation et de flexibilité psychique, capacité d'organisation, endurance, capacité de prise de décision et de jugement, capacités relationnelles, la capacité d'autonomie dans les activités quotidiennes. Les limitations fonctionnelles au plan psychiatrique sont les suivantes : difficultés relationnelles, agressivité, difficultés dans la gestion des émotions, apragmatisme, difficultés liées aux tâches administratives, difficultés à maintenir une hygiène personnelle, difficultés d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, difficultés à maintenir un rythme diurne et nocturne, difficultés d'organisation du temps, difficultés dans la reconnaissance de la maladie, hypersensibilité au stress, difficultés d'attention, de concentration, de mémoire, d'organisation, de planification, d'adaptation aux changements. Cette détérioration psychique est expliquée par la faiblesse des ressources de l'expertisé et l'impossibilité de s'adapter aux changements de sa santé physique, à ses limitations somatiques, le tout dans un contexte d'accentuation de certains traits de personnalité. Concernant l'exigibilité, la CT dans une activité adaptée au trouble dépressif modéré (activité manuelle simple tenant compte des faibles ressources) a été considérée aussi entière depuis septembre 2018 (et vraisemblablement entière entre 2011 et février 2018). Depuis environ fin octobre 2019, cette CT serait nulle à cause de limitations énumérées ci-dessus et, notamment, de la faiblesse des ressources psychiques de l'assuré. » Le compte rendu de la permanence juriste de l'OAI du 24 février 2020 a écarté une aggravation de l'état de santé de l'assuré en octobre 2019 et a retenu comme date de début d'une nouvelle longue maladie, l'hospitalisation du 26 novembre 2019 au motif que le dernier entretien de l'assuré avec son psychiatre datait d'octobre 2019 et que

- 27 - l'évaluation de ce dernier ne justifiait pas une hospitalisation en milieu psychiatrique à ce moment-là. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a demandé des renseignements aux Drs P. _____ et N. _____, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie. La Dre P. _____ a, dans son rapport du 11 novembre 2020, retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail une lombosciatique droit déficitaire depuis 2011 et un syndrome dépressif sévère depuis 2018. Elle a considéré que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toutes activités depuis le 8 décembre 2017, en précisant que la symptomatologie était évolutive depuis 2011. Le Dr N. _____ a, dans son rapport du 26 novembre 2020, retenu comme diagnostic un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) évoluant depuis neuf ans et a considéré que l'assuré était inapte à 100 % de manière définitive. Le Dr N. _____ a également exposé ce qui suit : « J'accompagne ce patient depuis le 22.01.2019 suite à une hospitalisation en Psychiatrie (Cery) en PLAFa pour un épisode dépressif sévère avec idéation suicidaire. Il s'agit d'un patient qui dû à une situation psychosociale précaire dès son arrêt de travail (il y a 9 ans), présente une dégradation lente et progressive de son état de santé psychique. Culminant fin 2019 sur une hospitalisation. Depuis j'observe un patient qui se présente perdu, sans espoir, triste, abattu, angoissé, irritable, sans projet et avec des idées suicidaires récurrentes. Son incapacité physique, sa perte de fonction physique et psychique, ont amené à une dégradation irréversible de son état général. La blessure narcissique est extrêmement profonde. Le patient est complaisant au traitement. La persistance des symptômes nous a amené à prescrire de multiples traitements, tous avec une efficacité peu significative. Nous avons pu diminuer l'intensité et la fréquence des crises d'angoisse/dépression et des idées suicidaires. (...) Même si les médecins somatitens peuvent considérer que le patient aurait une capacité de travail en activité adaptée (ce que je considère une utopie) il est psychiquement trop impacté pour pouvoir assumer en ce moment quelque activité. Il est inapte à 100% de manière définitive. » Le 22 janvier 2021, l'OAI a transmis un projet de décision à l'assuré, annulant et remplaçant la décision du 19 juillet 2016, lui octroyant une rente entière dès le 1er novembre 2020. L'office a retenu

- 28 - que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale dès le 18 février 2018 mais que cette incapacité étant passagère, l'assuré avait retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1er septembre 2018. Il a ensuite considéré que l'assuré avait connu une nouvelle aggravation de son état de santé justifiant une incapacité de travail totale dès le 26 novembre 2019. A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 26 novembre 2020, l'assuré était toujours en incapacité de travail totale de sorte que le droit à une rente entière était ouvert. Le 1er mars 2021, l'assuré a formulé ses objections quant au projet de décision de l'OAI en alléguant que son degré d'invalidité aurait dû être reconnu à 100 % dès le 1er septembre 2018 et le délai d'attente calculé à partir du 18 février 2018, date à laquelle il était en incapacité totale à la suite de la précédente aggravation de sa santé. Par réponse du 18 mars 2021, l'OAI a considéré que la contestation du 1er mars 2021 n'avait apporté aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position. Par décision du 8 avril 2021, l'OAI a confirmé son projet de décision et a octroyé une rente entière à l'assuré dès le 1er novembre 2020. D. Le 10 mai 2021, A.E. _____, représenté par son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a conclu préliminairement à la production de l'entier de son dossier, à l'établissement, pour autant que de besoin, d'un complément d'expertise en ce qui concerne le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et à l'octroi de l'assistance judiciaire. Principalement, l'assuré a conclu à l'annulation de la décision du 8 avril 2021 et au renvoi de la cause devant l'OAI. Subsidièrement, il a conclu à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente d'invalidité lui était octroyée depuis le 21 mai 2014. Le recourant a motivé son recours en faisant valoir que le trouble somatoforme douloureux était invalidant depuis

2013 déjà, l'aggravation

- 29 - de l'état dépressif ayant été constatée dans le rapport du Dr D. _____ du 21 mai 2013. Il a également fait valoir que la perméabilité au traitement en raison d'absence de ressources requises, comme c'était son cas, confirmait le caractère invalidant permanent du trouble somatoforme douloureux. Le 17 mai 2021, la juge instructrice de la Cour de céans a accordé l'assistance judiciaire au recourant, avec effet au 10 mai 2021, comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Ana Rita Perez. Par réponse du 8 septembre 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a indiqué qu'il n'y avait rien à reprocher aux rapport d'expertise du 29 avril 2019 et ses compléments des 26 septembre 2019 et 15 janvier 2020 ayant fondé la décision et a renvoyé aux avis SMR des 14 mai 2019 et 31 janvier 2020, ainsi qu'à son courrier du 18 mars 2021. 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.

- 30 - 2. Le litige porte uniquement sur la question du début du droit à la rente, l'intimé estimant qu'il s'agit du 1er novembre 2020 alors que le recourant revendique des prestations dès le 21 mai 2014. 3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1er 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 8 avril 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). 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a

présenté une incapacité de travail d'au

- 31 - 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). c) 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 le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). 5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier

- 32 - (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérant. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). 6. a) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et

répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments

- 33 - pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait

- 34 - due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). 7. Il est constant que la décision de l'OAI du 7 juin 2013 a été annulée par la Cour de céans le 26 novembre 2013 aux fins de compléter l'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. La décision subséquentement rendue par l'OAI le 19 juillet 2016 a, quant à elle, été annulée par la juridiction cantonale le 19 décembre 2017 aux fins de faire compléter l'instruction sur le plan psychiatrique. C'est dans ce contexte qu'a été mise en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire réalisée au T. _____ par les Drs A. _____, H. _____ et V. _____. L'intimé s'est fondé sur leur rapport d'expertise du 29 avril 2019 et le complément de l'expert psychiatre du 15 janvier 2020 pour rendre la décision attaquée dans le cadre du présent litige. a) Sur le plan formel, l'expertise du 29 avril 2019 et son complément du 15 janvier 2020 satisfont aux réquisits auxquels la jurisprudence soumet la valeur d'un tel document. En effet, les experts ont tous individuellement rencontré le recourant et rédigé leur rapport détaillé, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence de consensus tenue par le biais de moyens électroniques le 15 avril 2019 qui a fait l'objet d'un rapport de synthèse dans lequel ils ont

consensuellement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles du recourant. De surcroît, les experts ont fondé leur appréciation sur le dossier médical du recourant, lequel a été intégralement examiné et ont procédé à une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle, ainsi qu'à une analyse du contexte psychosocial dans lequel le recourant évoluait. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. Ils ont en particulier fait état de manière circonstanciée de ses plaintes et les ont prises en compte dans leur appréciation. Ainsi, le rapport d'expertise et son complément sont complets et structurés.

- 35 - b) Sur le plan somatique, l'expert de médecine interne a attesté la présence d'un syndrome métabolique avec obésité de classe 1, diabète de type II (dès 2007), polyneuropathie sensitive distale et hypertension artérielle. L'experte rhumatologue a, pour sa part, retenu les diagnostics de lombosciatalgies droites persistantes avec discret déficit des releveurs du pied et du gros orteil à droite sur troubles dégénératifs marqués, status post décompression d'un canal lombaire étroit au niveau L2-L3, L3-L4 et L4-L5 pour syndrome de la queue de cheval sur décompensation du canal lombaire étroit au niveau L2-L3, L3-L4 et L4-L5 avec hernie discale L4-L5, cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs (discopathies débutantes C2-C3, C3-C4 et C6-C7, sans hernie discale) et suspicion d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral. Par courrier du 26 septembre 2019, les experts A. _____ et V. _____ ont indiqué que, sur le plan de la médecine interne, la capacité de travail du recourant était restée entière depuis 2011 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée sans perte de rendement et que, sur le plan rhumatologique, la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité professionnelle depuis le 28 septembre 2011, mais était complète dans une activité adaptée depuis cette même date. La Dre V. _____ a précisé qu'à la suite d'une intervention de décompression réalisée le 19 février 2018, on pouvait admettre une incapacité de travail transitoire du 18 février 2018 à trois-six mois après l'intervention. Sur le plan somatique, les experts ont ainsi reconnu une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis septembre 2011. Cette appréciation n'est pas mise en doute par les autres éléments du dossier, ni par le recourant qui ne fait valoir aucun moyen à l'encontre du volet somatique de l'expertise du 29 avril 2019. c) aa) S'agissant du volet psychiatrique, l'expert H. _____ a diagnostiqué le 19 février 2019, selon les règles de l'art (cf. consid. 6b supra), un épisode dépressif réactionnel d'intensité modérée avec syndrome somatique (F32.11) depuis six mois (soit septembre 2018) et

- 36 - une accentuation de certains traits de la personnalité (passifs et dépendants) (Z73.1). Il ressort du rapport d'expertise du 29 avril 2019 que l'anamnèse orientée a permis de retrouver sept critères selon la Classification internationale des maladies (CIM-10), dont les trois critères majeurs ont été jugés sévères par le recourant et que les idées dépressives étaient passablement importantes avec l'existence de pensées suicidaires. L'expert a relevé que le recourant déclarait la présence de pleurs dès que sa femme quittait le domicile, qu'il était en retrait social et s'isolait quotidiennement et que persistaient des pensées suicidaires occasionnelles (cf. p. 10 du rapport d'expertise du 29 avril 2019). Enfin, il a constaté que le recourant décrivait un rétrécissement de son réseau social, qui n'était déjà pas très fourni au préalable. Dans son complément du 15 janvier 2020, établi à la suite d'un avis du SMR du 14 mai 2019 demandant notamment à l'expert psychiatre de détailler l'évolution de l'état de santé du recourant après la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique, l'expert H. _____ a retenu comme diagnostics un épisode dépressif sévère avec symptômes

psychotiques congruents à l'humeur (F32.3) et accentuation de certains traits de la personnalité (passifs et dépendants) (Z73.1). L'expert a indiqué que l'anamnèse avait clairement mis en évidence un épisode dépressif sévère, tous les critères dépressifs étant retenus selon la CIM-10, en particulier les trois critères majeurs tous sévères. Il a précisé que les idées dépressives étaient clairement importantes, envahissantes et prenant une forme mélancolique et que le recourant avait clairement formulé des idées suicidaires scénarisées de manière déterminée. Ces diagnostics ne sont pas remis en cause par le recourant. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère est de plus confirmé par les Drs J. _____ (cf. rapport du 18 décembre 2019), P. _____ (cf. rapport du 11 novembre 2020) et N. _____ (cf. rapport du 26 novembre 2020). bb) Contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert psychiatre a bien procédé, pour apprécier le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique présentées par celui-ci, à un examen global

- 37 - en tenant compte des différents indicateurs, notamment des ressources de l'intéressé, des traitements, de la réadaptation et de la cohérence. Dans son expertise d'avril 2019, il a notamment fait état de ressources de base faibles, soit un niveau d'intelligence dans les normes inférieures, une scolarisation limitée, des connaissances en français insuffisantes, l'absence de formation et une expérience professionnelle limitée à celle d'ouvrier dans la construction. Quant aux ressources personnelles, il a indiqué qu'étaient réduites l'aptitude à la communication, la capacité d'adaptation, la flexibilité psychique ainsi que la capacité de prise de décisions ou de jugement et il a précisé que l'épisode dépressif avait également diminué temporairement la capacité à respecter un cadre, la capacité d'organisation, la capacité d'endurance, les capacités relationnelles et la capacité d'autonomie dans les activités quotidiennes. Selon l'expert, l'épisode dépressif réactionnel réduisait les ressources externes depuis au moins six mois mais que cette diminution n'était que temporaire, l'épisode dépressif réactionnel étant susceptible d'être traité par le traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré. Au niveau du traitement, l'expert a indiqué que le recourant bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique depuis début 2019 et qu'il allait prochainement débiter une prise en charge psychothérapeutique avec une psychologue du même cabinet. Concernant la prise en charge médicamenteuse, l'assuré suivait un traitement de Tranxilium, de Trittico et de Cymbalta. L'expert a indiqué que ce traitement était adéquat et adapté et devait permettre une rémission de l'épisode dépressif, même s'il a précisé que l'antidépresseur, commencé depuis le 1er février 2019, était sans effet notable sur l'état psychique au moment de l'expertise (cf. p. 18 de l'expertise du 29 avril 2019). Finalement, il a expliqué qu'un processus de réadaptation pouvait être envisagé dans un délai de trois à six mois permettant la rémission de l'épisode dépressif mais que les traits passifs et dépendants de l'expertisé, qui pourraient interférer avec un processus de réadaptation, ainsi que les faibles ressources intellectuelles et psychiques de l'expertisé devaient être pris en compte.

- 38 - Dans son complément du 15 janvier 2020, l'expert a fait état des mêmes ressources faibles du recourant que dans son expertise d'avril 2019 mais a indiqué que ces ressources n'étaient plus temporairement diminuées, mais qu'elles étaient durablement réduites. Il a précisé que, concernant les ressources externes, le réseau social du recourant se limitait aux rendez-vous médicaux et à son épouse qui était toutefois active selon un horaire coupé, laissant l'assuré seul la plupart du temps. S'agissant du traitement, il a relevé que l'antidépresseur avait été augmenté en août 2019 (cf. pp. 13 et 15 du complément d'expertise du 15 janvier 2020). Quant à une réadaptation, l'expert a constaté que l'état

psychique du recourant n'était pas compatible avec un processus de réadaptation dans une quelconque activité. En définitive, il a expliqué que l'évolution était défavorable vers un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques malgré une prise en charge psychiatrique mensuelle et un traitement psychotrope. cc) En termes de capacité de travail, l'expert H._____ a estimé qu'elle était nulle au moment de l'expertise d'avril 2019 mais qu'elle devait s'améliorer et être entière dans un délai de trois mois nécessaire pour obtenir un plein effet du traitement psychotrope associé à la prise en charge psychothérapeutique, ce délai tenant compte des faibles ressources du recourant. Dans son complément, l'expert a constaté une nette aggravation dépressive (cf. p. 17 du complément du 15 janvier 2020) qui l'a amené, lors de la consultation du 26 novembre 2019, à ordonner un placement à des fins d'assistance (PLAFA) du recourant. Il a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis septembre 2018. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, l'expert a considéré qu'elle était entière depuis septembre 2018 dans une activité manuelle simple et générale tenant compte des faibles ressources qui rendaient l'accès au processus de réadaptation plus difficile. Il a ensuite précisé que cette capacité de travail était nulle depuis fin octobre 2019.

- 39 - dd) En définitive, c'est à juste titre que l'intimé a retenu, sur la base de l'expertise du 29 avril 2019 et du complément du 15 janvier 2020, que le recourant avait droit à une rente entière au vu de l'aggravation de son état de santé psychique. S'agissant du début de ce droit, l'intimé a pris comme point de départ du délai d'attente d'une année la date d'hospitalisation du recourant, soit le 26 novembre 2019, s'écartant par là des conclusions de l'expert qui retenait la fin du mois d'octobre 2019 et du dernier avis du SMR. Le recourant conteste pour sa part tant la date du 26 novembre 2019 que celle de fin octobre 2019 dès lors qu'il considère que le trouble somatoforme douloureux présentait de forts indices d'invalidité depuis la première expertise psychiatrique, soit en 2013 déjà. d) aa) Si le Dr G._____ mentionnait déjà en 2012 une aggravation tant physique que psychique (cf. rapports des 23 novembre et 19 décembre 2012), le recourant se base principalement sur le rapport du 21 mai 2013 du Dr D._____ pour justifier le point de départ de la rente. Or il ressort dudit rapport qu'aucun diagnostic d'ordre psychique n'a pu être retenu. Si le rapport mentionne bien l'existence d'un stress intense en lien avec la situation financière et sociale du recourant, ces facteurs ne peuvent être retenus dès lors qu'ils ne sont pas du ressort de l'AI, le droit des assurances sociales s'en tenant à une conception bio-médicales de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Le Dr D._____ a mentionné une capacité de concentration et d'attention limitée temporairement en cas de douleurs aiguës ainsi qu'une limitation de la capacité de compréhension, des capacités mnésiques et de la capacité d'adaptation au changement. Il a attesté sans toutefois retenir d'atteinte psychiatrique une capacité de travail à temps partiel sans la quantifier, ni la motiver. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'une expertise pluridisciplinaire a été ordonnée par la Cour de céans par arrêt du 26 novembre 2013. Ainsi, on ne peut suivre le recourant lorsqu'il soutient avoir droit au versement d'une rente dès le 21 mai 2014.

- 40 - bb) S'agissant de la période allant de 2013 à 2017, aucune pièce au dossier ne permet de retenir une aggravation de l'état de santé du recourant. En effet, dans son rapport du 16 août 2013, le Dr G._____ s'est contenté d'indiquer que les douleurs liées à l'état physique du recourant et l'état dépressif chronique en découlant l'empêchait de travailler

sans toutefois motiver cette incapacité, ni la quantifier. Quant à l'expertise du 19 janvier 2016 des Drs L._____, F._____ et C._____, ceux-ci ont notamment posé le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) mais ont considéré que, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail du recourant était entière dans toute activité adaptée. Ils ont en particulier constaté la présence d'un état dépressif modéré faisant partie intégrante du syndrome douloureux chronique. Ils ont expliqué que les ressources psychologiques du recourant pour faire face à ce syndrome semblaient assez limitées, mais qu'il arrivait à maintenir un lien social et que sa vie familiale restait préservée. Ils ont précisé que le recourant avait bénéficié de nombreux traitements somatiques, mais que la prise en charge psychiatrique, qui était jugée comme pouvant apporter une amélioration, n'avait pas été suivie de manière suffisante (seulement deux mois de traitement). A cet égard, la mise en place d'un suivi psychothérapeutique devait être adaptée au peu de ressources intellectuelles de l'intéressé. Le Dr C._____ a d'ailleurs mentionné que les facteurs permettant de qualifier le syndrome douloureux comme invalidant n'étaient pas tous réunis et qu'il convenait de proposer un traitement médical et psychiatrique intégré (cf. p. 11 du rapport d'expertise du 19 janvier 2016). Ainsi, en 2016, il existait encore un potentiel thérapeutique empêchant par-là l'atteinte à la santé d'être qualifiée de durable (cf. ATF 148 V 49 consid. 6.2.2). C'est donc à juste titre que les experts ont considéré que, sur le plan psychique, le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante et que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Selon le Dr Marky, l'apparition du syndrome douloureux et de l'épisode dépressif en 2019 s'inscrivait dans le contexte d'une accentuation de certains traits de la personnalité dans le registre passif et dépendant. En effet, l'expertisé décrit une attitude passive dans ses rapports interpersonnels, également rapporté par son épouse en 2019. Il expose n'avoir pas retrouvé lors de

- 41 - l'examen, d'arguments suffisants en faveur de critères majeurs pour des troubles de la personnalité. D'autre part, il n'y a pas d'antécédent traumatique, psychiatrique ou d'instabilité relationnelle majeure. La problématique de l'expertisé se situe surtout au niveau de ses ressources personnelles plutôt faibles, compte tenu d'une scolarisation limitée, d'une intelligence également réduite et d'une capacité d'introspection psychique quasiment absente, ce qui avait déjà été constaté lors de l'expertise psychiatrique de 2016. Ces constatations sont également confirmées par l'absence de traitement psychiatrique de 2013 à 2018 (il n'est mentionné que deux séances chez le nouveau psychiatre traitant début 2019 et un nouveau traitement initié en février 2019). cc) Dans son rapport d'expertise du 29 avril 2019, l'expert H._____ a retenu que l'évolution psychique du recourant était défavorable dès 2018. Cette dégradation est confirmée par la Dre P._____ qui a attesté une incapacité de travail totale tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée après avoir constaté l'apparition de douleurs cervicales auxquelles s'associait un syndrome dépressif réactionnel en rapport avec les douleurs quotidienne (cf. rapport du

E. 10

janvier 2018) et qui a retenu un trouble dépressif sévère depuis 2018 (cf. rapport du 11 novembre 2020). Lors de sa consultation du 19 février 2019, l'expert H._____ a constaté la présence de certains symptômes dépressifs depuis environ un an, tout comme le Dr J._____ qui a relevé que les premiers signes d'une symptomatologie dépressive étaient apparus il y a une année ce qui était confirmé par la femme du recourant qui avait observé une péjoration de l'état de santé de son mari dans le même laps de temps (cf. pp. 2 et 3 du rapport du 18 décembre 2019). En été 2019, le traitement psychotrope du recourant a

été augmenté (cf. p.

E. 15

du complément d'expertise du 15 janvier 2020) ce qui correspond à la période où le recourant se sentait seul et abandonné du fait que sa femme avait dû augmenter son taux d'activité au vu de leur précarité financière (cf. p. 3 du rapport du 18 décembre 2019). Lors de la consultation du 26 novembre 2019, l'expert H. _____ a retenu une nette aggravation dépressive ayant mené à une hospitalisation en milieu psychiatrique que l'expert explique principalement par la faiblesse des ressources du

- 42 - recourant et l'impossibilité de s'adapter aux changements de sa santé physique et par ses limitations somatiques dans le contexte de l'accentuation de certains traits de personnalité. Il a précisé qu'aucun facteur de stress nouveau ni aucun autre événement majeur n'avait été relevé par le recourant ou son psychiatre traitant et que l'état psychique s'était progressivement dégradé sans fait précis supplémentaire (cf. pp. 7 et 18 du complément d'expertise du 15 janvier 2020). Le Dr N. _____, avec qui l'expert s'était entretenu au téléphone lors de la consultation, a expliqué que l'état psychique du recourant était fluctuant avec des périodes pendant lesquelles le syndrome dépressif avait été plus important présentant un risque suicidaire passager ces derniers mois (cf. p. 15 du complément d'expertise du 15 janvier 2020). Il a également confirmé que le recourant avait connu une dégradation lente et progressive de son état de santé psychique culminant fin 2019 sur une hospitalisation (cf. rapport du 26 novembre 2020 du Dr N. _____). En résumé, le recourant a présenté une atteinte à la santé psychique fluctuante depuis 2013 qui s'est progressivement aggravée en janvier 2018. En effet, l'expert psychiatre H. _____ a retenu dans un premier temps un probable trouble de l'adaptation qui s'est aggravé, en lien avec une augmentation des douleurs lombaires et l'apparition de troubles moteurs déficitaires du membre inférieur droit ayant rendu nécessaire une intervention le 18 février 2018, qui aurait justifié une incapacité de travail totale de trois à six mois, en un épisode dépressif moyen réactionnel à partir de septembre 2018. De plus, cette atteinte s'inscrit dans un contexte d'accentuation de certains traits de personnalité dans le registre passif et dépendant. Lors de son examen en février 2019, le Dr H. _____ a constaté que les faibles ressources étaient toujours présentes mais encore réduites temporairement en raison du trouble dépressif réactionnel à l'aggravation des atteintes somatiques et des traits de la personnalité. Il a attesté une capacité de travail diminuée, y compris dans une activité adaptée, mais qui devrait s'améliorer avec le nouveau traitement médical mis récemment en place dans un délai de trois mois. On peine dès lors à comprendre comment l'expert a pu retenir, dans son complément du 15 janvier 2020, une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter de septembre 2018, alors qu'il résulte de ses propres constats

- 43 - que l'état de santé psychique de l'assuré ne s'est pas amélioré de septembre 2018 à janvier 2020 mais a continué à s'aggraver jusqu'à aboutir à une incapacité de travail totale durable pour des atteintes à la santé psychique. Ainsi, il faut retenir qu'après de nombreuses années de douleurs, le recourant n'a plus été en mesure de compenser ses douleurs physiques, ayant épuisé toutes ses ressources déjà faibles à la base. Si l'expert H. _____ a pu croire en février 2019 que la situation du recourant pouvait être améliorée par la récente prise en charge psychiatrique et le traitement psychotrope, force est de constater que l'amélioration espérée ne s'était pas produite. En définitive, il faut considérer que le recourant a présenté, au stade de la vraisemblance prépondérante, une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne à compter du 18 février 2018 pour des atteintes physiques et

depuis le mois de septembre 2018 pour l'épisode dépressif réactionnel d'intensité modérée. Au vu du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 LAI, la rente entière est ainsi due à partir du 1er février 2019 (cf. art. 29 al. 3 LAI). 8. Il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre un complément d'expertise tel que requis par le recourant (cf. p. 11 du mémoire de réponse du 10 mai 2021). En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. De plus, une nouvelle expertise ne serait pas plus éclairante concernant l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles en raison des difficultés à apprécier a posteriori l'importance des atteintes psychiques du recourant sur sa capacité de travail par rapport aux médecins qui les ont constatées en temps réel. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

- 44 - 9. En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2019. 10. 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). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes de fixer les modalités de ce remboursement (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). Vu l'issue du litige, à savoir une admission partielle du recours, il convient de répartir les frais judiciaires à raison de la moitié à la charge de chacune des parties. Partant, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., seront mis à la charge de l'intimé par 300 fr. et à la charge du recourant par 300 francs. Toutefois, dès lors que ce dernier a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'000 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des

- 45 - dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé. Dans la mesure où ces dépens ne couvrent pas l'intégralité des frais de représentation du défenseur d'office, il convient encore de fixer la rémunération de Me Ana Rita Perez. Me Perez a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de sa mandante le 12 octobre 2022. Elle fait état de 9 heures consacrées à la présente procédure. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. Il s'ensuit qu'au tarif horaire de 180 fr., l'indemnité de Me Perez doit être arrêtée à 1'620 fr. (9h x 180 fr.), montant auquel il convient d'ajouter les débours par 81 fr. (5 % x 1'620 fr. [et non pas 2 % comme retenu à tort par Me Perez, cf. art. 3 al. 3bis RAJ]) ainsi qu'une TVA à 7,7 % sur l'ensemble, soit 131 fr. (7,7 % x 1'701 fr.), pour un total de 1'832 francs. Cette indemnité

étant partiellement couverte par les dépens à hauteur de 1'000 fr., le solde de 832 fr. est provisoirement supporté par le canton.

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