

VD_GERICHTE ZD22.034066 vom 22. August 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.034066

FR: VD_GERICHTE ZD22.034066 du 22 août 2024

IT: VD_GERICHTE ZD22.034066 del 22 agosto 2024

Erwägungen

E. 3

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente

- 11 - entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) aa) 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). bb) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (lege artis ; ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). Le diagnostic doit 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 symptômes décrits 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 psychosocial 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

- 12 - 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). cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit

- 13 - plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres

raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

E. 4

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

- 14 - tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). d) En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer

- 15 - une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier

par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

E. 5

a) En l'espèce, l'état de santé du recourant a fait l'objet d'une première évaluation par le Dr B. _____ en 2019. Ce dernier a ainsi mis en évidence, dans son rapport du 23 mai 2019, les diagnostics d'épisode dépressif moyen (CIM-10 F32.11) et de trouble mixte de la personnalité (CIM-10 F61.0). Il a en revanche exclu les diagnostics d'état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1) et de trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) évoqués par les précédents médecins. Critiquant l'approche thérapeutique de la psychiatre traitante du recourant, il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de boulanger et pleine – avec une baisse de rendement de 20 % –, dans une activité adaptée aux limitations d'ordre psychique à compter d'une année après l'adaptation du traitement médicamenteux et la mise en place d'un réentraînement au travail. S'opposant aux conclusions du Dr B. _____, l'assuré a alors produit le rapport du 17 janvier 2022 du Dr M. _____, lequel reprochait notamment à cet expert d'avoir écarté sans raison légitime les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). De l'avis de ce spécialiste, le Dr B. _____ faisait preuve d'une « méconnaissance totale » de cette seconde atteinte à la santé en déclarant que « si l'assuré avait un TDAH il n'aurait pas pu travailler au même rythme [auquel] il a[vait] travaillé jusqu'en 2016 », dans la mesure où il était tout à fait possible qu'une personne puisse exercer une activité professionnelle malgré un tel trouble, tout en étant ponctuellement attentive au prix d'un effort soutenu ou si la situation était suffisamment - 16 - stimulante. Les critères diagnostics selon la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) étaient au demeurant remplis. De plus, sur le plan de la médication, l'expert ignorait qu'une proportion non négligeable des patients (entre 20 % et 30 %) souffrant d'un trouble déficit de l'attention ne répondaient pas aux psychostimulants. Enfin, s'agissant du diagnostic d'état de stress post-traumatique, les abus répétés de la part du frère du recourant avaient fini d'enraciner dans la personnalité de ce dernier des tendances cognitives et comportementales dysfonctionnelles. Ces traits de personnalité avaient cependant pu être limités dans leur portée pendant plusieurs années grâce à un contexte socio-professionnel stable, cela avant de se décompenser en février 2016. Dès lors que les constatations du Dr M. _____ remettaient indéniablement en cause les conclusions du Dr B. _____, en particulier quant à la pose lege artis des diagnostics, le juge instructeur a finalement estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique, laquelle a été confiée aux Dres R. _____ et F. _____. b) Il ressort de cette seconde expertise – réalisée en 2024 – que le recourant présente un trouble mixte de la personnalité à traits dépendants et passifs-agressifs (CIM-10 F61.0), un trouble hyperkinétique (perturbation de l'activité et de l'attention ; CIM-10 F90.0), un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (CIM-10 F32.10), et un état de stress post-traumatique (CIM-10 F43.1) et que sa capacité de travail est nulle dans toute activité depuis le 20 février 2016. Aussi, il n'existe aucune raison de s'en écarter. Les Dres R. _____ et F. _____ se sont en effet déterminées de manière circonstanciée sur les points litigieux. Elles ont à ce titre exposé les motifs pour lesquels il convenait de retenir – contrairement à l'avis du Dr B. _____ – les diagnostics de trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH ; ou trouble hyperkinétique) – lequel était apparu durant

l'enfance de l'assuré et avait persisté à l'âge adulte – et d'état de stress post-traumatique – lequel était caractérisé par la mise en place de mécanismes d'évitement par l'intéressé. Elles ont de plus indiqué en quoi les arguments du premier expert sur ces points ne pouvaient pas être suivis, en déclarant, d'une

- 17 - part, qu'une personne souffrant d'un trouble déficit de l'attention était capable d'exécuter des tâches qui la passionnaient (à l'instar du recourant avec son métier de boulanger) et, d'autre part, qu'un défaut de réponse à un traitement médicamenteux ne signifiait en aucun cas une absence de maladie. Le rapport d'expertise s'est en outre fondé sur des examens psychiatriques complets, dont six entretiens menés entre août 2023 et janvier 2024, l'examen psychologique effectué en novembre 2023 et plusieurs entretiens téléphoniques avec les médecins traitants, et a été établi en pleine connaissance du dossier. Les plaintes exprimées par l'assuré, notamment sa forte sensibilité au bruit, ses difficultés à rester attentif et à se concentrer ainsi que la fatigue constante, ont pour le reste été prises en compte. La situation médicale a enfin été décrite et appréciée de manière claire et les conclusions relatives à l'estimation de la capacité de travail ont été bien motivées par les deux expertes. A cet égard, ces dernières ont exposé que l'épisode dépressif sévère de février 2016 avait généré une incapacité de travail complète durant plusieurs mois, laquelle avait ensuite été préteritée par les faibles ressources adaptatives de l'intéressé.

Conformément aux exigences jurisprudentielles, les Dres R. _____ et F. _____ ont posé les différents diagnostics selon les règles de l'art et n'ont pas relevé de motif d'exclusion. Elles ont également procédé à une analyse complète des indicateurs de l'ATF 141 V 281 (cf. supra consid. 3c). Dans ce cadre, elles se sont prononcées sur le degré de gravité des diverses pathologies, en qualifiant le trouble de la personnalité de sévère ainsi que le trouble hyperkinétique et l'épisode dépressif de moyens, tout en précisant que l'influence des symptômes de l'état de stress post-traumatique ne pouvait être isolée de celle de ce deuxième trouble. Elles ont par ailleurs expliqué que le recourant présentait plusieurs comorbidités psychiatriques et somatiques en raison des diagnostics retenus, dont certaines étaient intriquées de manière précoce et avaient fortement contribué à la constitution d'une personnalité pathologique. Cette coexistence entraînait – entre autres limitations fonctionnelles – des difficultés attentionnelles et de concentration, une fatigabilité majeure, une irritation, un sentiment

- 18 - d'agitation interne et une intolérance au bruit. S'agissant du traitement psychiatrique et psychothérapeutique, les deux expertes l'ont jugé adéquat, tout en spécifiant que l'assuré s'était toujours montré compliant sur ce plan. Elles ont de surcroît répondu par la négative à la question de savoir si des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables, rappelant que toutes les tentatives menées en ce sens par le passé s'étaient soldées par un échec. Elles ont au demeurant fait état de ressources mobilisables diminuées, avec une personnalité dépendante aux autres et se caractérisant notamment par une faible estime de soi, un sentiment d'impuissance et de colère, des traits passifs-agressifs et une rigidité mentale. Elles ont mis en évidence une vie plutôt retirée et un réseau social limité à la sœur, laquelle vivait éloignée, dans le nord de [...], à un ami de longue date et à quelques personnes rencontrées lors d'une activité de promeneur de chiens. Enfin, elles ont considéré comme cohérent le comportement du recourant face aux effets de ses pathologies et à son niveau d'activité. c) Au vu de ce qui précède, il sied donc de se rallier aux conclusions de l'expertise judiciaire du 4 mars 2024 des Dres R. _____ et F. _____ – étant précisé que l'intimé et son service médical y ont finalement adhéré en mars 2024 – et reconnaître au

recourant une incapacité de travail totale dans n'importe quelle activité dès le 20 février 2016. Celle-ci ouvre le droit à une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.

E. 6

a) Il reste à déterminer la date du début du droit à la rente d'invalidité. 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). Toutefois, le droit ne prend pas naissance tant que

- 19 - l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI). Selon la jurisprudence, si l'assuré peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité, l'allocation d'une rente d'invalidité à l'issue du délai d'attente d'une année (cf. art. 28 al. 1 LAI) n'entre en considération que si l'intéressé n'est pas, ou pas encore, susceptible d'être réadapté professionnellement en raison de son état de santé (principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente). La preuve de l'absence de capacité de réadaptation comme condition à l'octroi d'une rente d'invalidité doit présenter un degré de vraisemblance prépondérante. Dans les autres cas, une rente de l'assurance-invalidité ne peut être allouée avec effet rétroactif que si les mesures d'instruction destinées à démontrer que l'assuré est susceptible d'être réadapté ont révélé que celui-ci ne l'était pas (TF 9C_559/2021 du 14 juillet 2022 consid. 2.2 in fine). c) En l'occurrence, dans le cadre des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 14a LAI) et de reclassement (art. 17 LAI), le recourant a bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité pour les périodes du 23 janvier 2017 au 30 avril 2018 et du 1er septembre 2019 au 14 mars 2021. Il ressort néanmoins du rapport d'expertise judiciaire du 4 mars 2024 des Dres R. _____ et F. _____ – auquel une pleine valeur probante a été reconnue (cf. supra consid. 5b et 5c) – que sa capacité de travail était nulle déjà en février 2016, à la suite de sa décompensation psychique. Dans ces conditions, force est de constater que l'assuré n'a jamais été susceptible de réadaptation, de sorte que – contrairement à ce que soutient l'intimé – le droit à la rente est né à l'échéance du délai d'attente de six mois de l'art. 29 al. 1 LAI, soit le 1er mars 2017. Les indemnités journalières perçues devront cependant être déduites du montant de la rente versée (cf. TF 9C_559/2021 précité consid. 4.2 in fine).

E. 7

a) Subsiste encore la question de la prise en charge des frais de l'expertise judiciaire du 4 mars 2024 des Dres R. _____ et F. _____.

- 20 - b) Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3 ; 139 V 349 consid. 5.4), les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité. En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance ordonne la réalisation d'une expertise judiciaire parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en

principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). c) En l'espèce, le Dr M. _____ a mis en évidence, dans son rapport du 17 janvier 2022 – dont l'intimé a pris connaissance avec l'opposition de l'assuré à son projet de décision du 27 octobre 2021 –, les importantes lacunes de l'expertise du 23 mai 2019 du Dr B. _____ en ce qui concernait notamment les diagnostics de trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et d'état de stress post-traumatique.

- 21 - Ces derniers avaient été écartés sans justification valable, alors que des éléments parlant en leur faveur ressortaient de l'anamnèse. Toutefois, dans son avis du 1er mars 2022, la Dre L. _____, du SMR, s'est contentée d'affirmer que l'appréciation de ce premier spécialiste ne permettait pas de remettre en doute les conclusions de l'expertise, sans se montrer plus critique à son égard. Les Dres R. _____ et F. _____ ont finalement posé, selon les règles de l'art, les deux diagnostics précités et explicité de manière claire et compréhensible leurs conséquences négatives sur la capacité de travail du recourant. Dans ces circonstances, la Cour de céans ne pouvait que constater que l'intimé avait gravement manqué à ses obligations dans le cadre de son instruction, en accordant une pleine valeur probante à un rapport d'expertise dont les carences ne pouvaient être que manifestes au regard de la complexité de la situation médicale du recourant, laquelle avait été mise en évidence par le Dr M. _____ et les médecins traitants. L'expertise judiciaire a servi à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Il se justifie en conséquence de mettre la totalité des frais de l'expertise judiciaire, soit 10'666 fr. (10'050 fr. d'honoraires et 616 fr. pour l'examen psychologique du 3 janvier 2024), à la charge de l'intimé.

E. 8

a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision rendue le 21 juin 2022 par l'intimé réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er mars 2017. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 8

- 22 - avril 2024 par Me Marc Mathey-Doret, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter cette indemnité à 2'300 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 la mettre à la charge de la partie intimée. d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat

d'office, compte tenu d'un tarif de 180 fr. de l'heure (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ).

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