

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 février 2025

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

U. _____, à [...] (ES), recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat
à Yverdon-les-Bains,

et

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

**Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 87 al. 2 - 3
RAI**

E n f a i t :

A. **a)** U._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], divorcé, au bénéfice d'une formation de menuisier sans certificat fédéral de capacité (CFC), a travaillé en Suisse comme menuisier (monteur et poseur de fenêtres) indépendant jusqu'à la faillite le [...] de sa société Q._____ Sàrl à [...].

b) Le 20 février 2004, il a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

 Par décision du 23 novembre 2006, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations, au motif d'un degré d'invalidité de 22.70 % insuffisant pour prétendre à une rente. Il a aussi refusé le droit à des mesures professionnelles susceptibles d'améliorer la capacité de travail de l'assuré.

B. Le 22 janvier 2014, U._____ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison de dorso-lombalgies chroniques aggravées en mars 2013 après un accident.

 Par la suite, l'assuré a présenté une incapacité de travail totale après un nouvel accident en novembre 2015 entraînant une fracture du radius distal traitée de manière conservatoire. Il a fait une nouvelle chute avec une contusion lombaire en janvier 2016 prise en charge par l'assurance-accidents et pour laquelle l'intéressé a été hospitalisé à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion en janvier et février 2017.

 Sur la base des renseignements recueillis auprès des médecins traitants de l'assuré (Drs A._____, médecin généraliste, et W._____, spécialiste et psychiatrie et psychothérapie), une expertise a été confiée par l'OAI au Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qui, dans son rapport d'expertise du 27 janvier 2017, a posé les diagnostics

sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1), de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25), ainsi que d'usage occasionnel de cocaïne (F19.26) et a estimé la capacité de travail de l'assuré comme étant entière dans le marché libre du travail, ses difficultés étant dues à des motifs économiques et sociaux.

Dans un avis du 24 février 2017, le Dr G._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu que si la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle depuis le 11 mars 2013 au vu de ses problèmes physiques, elle était toutefois de 100 %, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions au gré de l'assuré, sans manipulations de charges de plus de 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, sans usage de machine dangereuse, percutante et/ou vibrante, activité en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur 5 jours ouvrables »).

L'assuré s'est vu octroyer par l'OAI des mesures de réadaptation professionnelle parmi lesquelles un reclassement dans un métier de conseiller de vente à mi-temps du 1^{er} août 2018 au 30 octobre 2018, puis à 60 % jusqu'au 31 décembre 2019. Cette mesure a dû être interrompue en raison d'une décompensation d'un diabète puis reprise de manière progressive en mars 2019 avec une fluctuation par la suite en raison d'un trouble affectif bipolaire de type II, d'un épisode de dépression moyenne à sévère (F31.3) et d'un trouble mixte de la personnalité avec des traits impulsifs et narcissiques (F61.0) à l'origine d'une aggravation dépressive à l'automne 2018. La capacité de travail était nulle depuis lors. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « troubles de la concentration, angoisses, mauvaise estime de lui-même et perte de confiance dans ses capacités, déstructuration du rythme alimentaire et de

sommeil, fatigabilité, manque de motivation, difficulté à se projeter dans l'avenir ». Selon le psychiatre traitant la consommation d'alcool était contrôlée et n'avait aucune incidence sur la capacité de travail (rapport du 7 novembre 2019 du DrW._____). La mesure de réadaptation professionnelle (reclassement) a été interrompue définitivement le 31 octobre 2019.

Dans un rapport du 30 décembre 2019, le Dr A._____ a confirmé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité pour des motifs psychiques. Le médecin traitant a décrit la persistance de la problématique lombaire de son patient au second plan, sans plus amples précisions.

Sans activité lucrative, l'assuré est bénéficiaire du revenu d'insertion (RI) depuis le 1^{er} février 2020, suivi par le Centre Social Régional (CSR) [...].

Se fiant au point de vue du SMR (avis du 18 septembre 2020 du DrH._____), l'OAI a, après avoir recueilli le dossier constitué par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie) au Centre médical d'expertises C._____ SA. Dans leur rapport du 23 avril 2021, les Drs S._____, spécialiste en médecine interne, E._____, spécialiste en psychiatrie et en psychiatrie, et K._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, ont retenu les diagnostics de dysthymie (F34.1), troubles mentaux et du comportements liés à l'utilisation continue de l'alcool (F10.25), status après fracture du poignet droit traité conservativement en novembre 2015, ostéoporose, chondropathie rotulienne droite, status après septoplastie en mars 2010, obésité modérée de classe 1 (IMC [indice de masse corporelle] à 34,6 kg/m²), syndrome d'apnées du sommeil non appareillé, troubles de la miction et de l'érection traités par Sildénafil, antécédents de calculs rénaux, BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) non stadée sur tabagisme actif important (40 UPA [unité paquets-années]), status après pneumonie en octobre 2014,

hypercholestérolémie, polyneuropathie sensitive, axonale débutante aux membres inférieurs, depuis 2017, status après cures d'hernies inguinales bilatérales et status après appendicectomie en 1974. Ces experts ont estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans l'activité habituelle de menuisier et poseur de fenêtres depuis mars 2013 du point de vue rhumatologique. Ils ont évalué la capacité de travail dans une activité adaptée de la manière suivante :

- 100% de mars jusqu'au 20 mai 2013 ;
- nulle du 21 mai au 2 juillet 2013 ;
- 50 % du 3 juillet au 16 août 2013 ;
- 100 % à partir du 17 août 2013 (sauf de manières transitoires à 0 % du 29 novembre 2013 au 13 janvier 2014 [cimentoplastie], du 10 novembre 2015 au 10 février 2016 [fracture du poignet] puis du 5 décembre 2018 au 27 février 2019 [décompensation diabétique]).

Dans un avis SMR du 7 mai 2021, le Dr H._____ a validé les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire précité.

Par projet de décision du 6 juillet 2022, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de lui octroyer :

- une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2014 au 31 janvier 2016 ;
- une rente entière du 1^{er} février 2016 au 30 avril 2016 ;
- une demi-rente du 1^{er} mai 2016 au 28 février 2019 ;
- une rente entière du 1^{er} mars 2019 au 31 mai 2019 ;
- une demi-rente dès le 1^{er} juin 2019.

Selon ses constatations, l'assuré avait présenté une incapacité de travail ininterrompue dans son activité de chef d'entreprise - menuisier indépendant depuis mars 2013. A l'échéance du délai d'attente d'une année, en mars 2014, il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (« favoriser alternance des positions assises et debout, pas de port de charges sup. à 10kg, pas

d'activité à genoux ou accroupie, pas d'échelles, escabeaux, échafaudages, pas de marche prolongée en montée ou descente, pas de posture forcée du rachis ou de porte à faux, pas d'activités en terrain irrégulier »). Le degré d'invalidité était calculé après comparaison entre un revenu sans invalidité de 132'945 fr. et un revenu avec invalidité de 63'130 fr. 46 qui, en l'absence de revenu effectif, se basait sur les données salariales statistiques avec la prise en compte d'un abattement de 5 %, pour aboutir à un degré d'invalidité de 52.51 %. Par communication du même jour, l'OAI a octroyé à l'assuré une mesure d'aide au placement à laquelle celui-ci a renoncé le 13 juillet 2022 en raison du stress qu'il ne supportait pas.

Le 5 septembre 2022, l'assuré, désormais assisté par Me Charles Munoz, a contesté le projet de décision du 6 juillet 2022. Il a produit un rapport du 18 août 2022 de son psychiatre, le Dr W._____, confirmant le diagnostic de trouble bipolaire de type II, réfutant celui de dysthymie retenu par les experts du C._____. Le psychiatre traitant ajoutait les diagnostics de dépendance à l'alcool, de prise occasionnelle de cocaïne (actuellement abstinente) ainsi que de trouble mixte de la personnalité (traits impulsifs et narcissiques). Il notait que ces traits de personnalité semblaient être présents depuis l'âge de vingt ans chez son patient et qu'ils avaient entraîné des difficultés dans les relations professionnelles, familiales, amicales mais aussi parfois avec son réseau de soin. Selon le Dr W._____, ces diagnostics entraînaient des limitations fonctionnelles qui se répercutaient sur la capacité de travail de l'assuré.

Le 20 septembre 2022, le Dr H._____ du SMR a pris position sur les éléments transmis par l'avocat et a retenu qu'ils ne lui permettaient pas de revoir son estimation du cas.

Par décisions du 16 janvier 2023, l'OAI a alloué à l'assuré une rente d'invalidité conforme à son préavis du 6 juillet 2022.

B. Par acte du 17 février 2023, U._____ a recouru par l'entremise de Me Munoz devant la Cour des assurances sociales du

Tribunal cantonal à l'encontre de ces décisions. Il a conclu, avec dépens, à la réforme des décisions attaquées en ce sens qu'il soit mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014, sous réserve des indemnités journalières versées. Subsidiairement, il a conclu à leur annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Il a précisé qu'entre le 1^{er} septembre 2017 et le 30 novembre 2019, il avait perçu des indemnités journalières de l'OAI raison pour laquelle aucun droit à la rente ne lui avait été reconnu durant cette période malgré son invalidité. En substance, le recourant a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical en contestant la valeur probante de l'expertise C._____ SA sur laquelle s'était fondé le SMR dans son avis du 7 mai 2021. Il a contesté en particulier l'absence de pathologie psychiatrique incapacitante retenue par les experts en leur opposant les avis de ses médecins traitants et déploré que lesdits experts se soient fondés uniquement sur les problématiques somatiques. Ce faisant, il a fait valoir que le Dr W._____ avait retenu un trouble bipolaire qui n'avait pas été retenu par l'expert psychiatre du C._____. Le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire et a produit le rapport du 18 août 2022 du Dr W._____ ainsi qu'un rapport du 15 novembre 2022 du Dr A._____ qui a estimé qu'en raison de son état de santé global (somatique et psychique) déficient le recourant était incapable de travailler.

Par décision du 24 février 2023, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre au 30 novembre 2019.

Par acte du 27 février 2023, U._____, agissant par son avocat, a déféré la décision précitée devant la Cour de céans en demandant sa jonction avec son acte de recours du 17 février 2023 auquel il se référait en intégralité.

Le tribunal a ouvert deux procédures de recours sous les numéros de causes AI 44/23 et AI 80/23.

Dans sa réponse du 17 avril 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours déposé le 17 février 2023. Il a relevé le caractère probant de l'expertise C._____, étant d'avis que les critiques du recourant n'étaient pas de nature à modifier sa position.

Par réplique du 21 juin 2023, le recourant a relevé qu'une incapacité de travail liée aux atteintes à la santé psychique présentées devait à tout le moins être retenue sur la base des rapports des médecins traitants versés à la cause, alors que l'OAI n'en avait retenu aucune. Le recourant a dès lors insisté sur sa requête d'une expertise judiciaire et a confirmé pour le reste les conclusions prises au pied de son acte de recours du 17 février 2023.

Par ordonnance du 14 mars 2024, la juge en charge de l'instruction a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès du Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Se fondant sur ses propres examens cliniques (entretien de deux heures et quart le 28 mai 2024 et d'une heure et trois-quarts le 29 mai 2024), sur des entretiens téléphoniques avec les médecins consultés par l'assuré ainsi que sur l'analyse du dossier médical mis à sa disposition, l'expert a rendu son rapport le 22 juillet 2024. Selon la définition de la CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10^{ème} révision), il a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25), trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité évitante et impulsive (F61.0), trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère sans syndrome somatique (F31.30) et trouble neurocognitif léger (F06.7). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'usage du tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue (F17.25), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F14.20) et trouble léger lié au jeu d'argent, occasionnel, en rémission prolongée (F63.0). En référence aux incapacités de travail

établies par les médecins traitants, l'expert a évalué la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle de la manière suivante :

- nulle du 25 février 2013 au 4 août 2013 ;
- 50 % du 5 août 2013 au 15 novembre 2013 ;
- nulle du 16 novembre 2013 au 16 janvier 2014 ;
- 40 % du 17 janvier 2014 au 12 novembre 2015 ;
- nulle du 13 novembre 2015 au 14 mai 2017 ;
- 50 % du 15 mai 2017 au 25 décembre 2018 ;
- 30 % du 26 décembre 2018 au 31 octobre 2019 ;
- 20 - 30 % depuis le 1^{er} novembre 2019.

Compte tenu de facultés cognitives et d'adaptation limitées, l'expert a évalué la capacité de travail de l'assuré à 20 - 30 % dans une activité manuelle simple, respectant ses limitations fonctionnelles somatiques.

A l'appui de ses déterminations du 7 août 2024, l'OAI a produit un avis du SMR du 5 août 2024 exempt de remarque sur le rapport d'expertise judiciaire, relevant qu'il était contraire aux deux précédentes expertises psychiatriques.

Dans ses déterminations du 13 août 2024, le recourant a proposé de suivre l'expert judiciaire en répétant qu'il avait droit à une rente entière sous réserve des périodes où il avait bénéficié des indemnités journalières d'invalidité.

Par ordonnance du 1^{er} octobre 2024, la juge en charge de l'instruction a informé les parties de la jonction des causes AI 44/23 et AI 80/23 sous la cause AI 44/23 pour faire l'objet d'un arrêt commun.

Par déterminations des 2 et 14 octobre 2024, les parties ont accepté cette jonction des causes.

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), les recours sont recevables.

2. a) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1^{er} juillet 2014.

b) aa) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

bb) En l'occurrence, bien que les décisions litigieuses aient été rendues en 2023, elles font suite à une nouvelle demande de prestations déposée en janvier 2014 de sorte que le droit au versement de la rente existerait en juillet 2014 (cf. art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

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, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans

invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

d) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

e) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de

modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

4. Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; 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 (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) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

6. a) En l'espèce, l'évaluation de l'état de santé du recourant doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'office intimé du 23 novembre 2006, par laquelle l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations, au motif d'un degré d'invalidité de 22.70 % insuffisant pour avoir droit à une rente, sans que des mesures professionnelles ne soient susceptibles d'améliorer la capacité de gain de l'intéressé.

b) L'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 22 janvier 2014 et, par décisions des 16 janvier et 24 février 2023, a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2014 au 31 janvier 2016, une rente entière du 1^{er} février 2016 au 30 avril 2016, une demi-rente du 1^{er} mai 2016 au 28 février 2019, une rente entière du 1^{er} mars 2019 au 31 mai 2019 et une demi-rente depuis le 1^{er} juin 2019, sous déduction des indemnités journalières versées. Ces décisions ont été rendues sur la base du rapport d'expertise établi le 23 avril 2021 par le C._____, comprenant un volet de médecine interne, un volet psychiatrique et un volet rhumatologique.

De son côté, le recourant estime avoir droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014, sous réserve des indemnités journalières déjà versées. Il fait siennes les constatations et les conclusions du rapport d'expertise judiciaire du Dr I._____ du 22 juillet 2024.

c) En l'occurrence, les deux experts psychiatres interpellés par l'OAI dans le cadre de l'instruction administrative du dossier (les Drs R._____ et E._____) considèrent qu'il n'existe aucune atteinte psychiatrique incapacitante et ne diagnostiquent qu'une dysthymie. Ils expliquent s'écarter du diagnostic de trouble affectif bipolaire de type II (épisode de dépression moyenne à sévère [F31.3]), au motif que le psychiatre traitant (le Dr W._____) n'aurait pas fait la description d'un épisode hypomane depuis le début du suivi du recourant.

Dans son rapport du 18 août 2022, le Dr W._____ écrit pourtant que le médecin traitant et l'assuré ont décrit des épisodes hypomanes avant février 2015. Il a lui-même observé de tels épisodes, en septembre 2019, dans le contexte immédiat du décès du père de l'assuré, sur une durée de trois semaines environ, caractérisés par une agitation psychomotrice, une réduction du sommeil à deux heures par nuit sans sentiment de fatigue, un sentiment de bien-être inhabituel, une logorrhée, et une envie de réaliser plusieurs projets en même temps. L'intéressé passait alors ses nuits à faire des rangements qu'il jugeait efficaces. Dans ces périodes, il se montrait également réticent à poursuivre ou à

repandre un stabilisateur de l'humeur car cela le rendait moins joyeux et moins vivant. Un autre épisode hypomane en février 2020 a été observé par le Dr W._____, cette fois-ci dans le contexte d'une augmentation de l'antidépresseur associée à une prise irrégulière du traitement stabilisateur de l'humeur (Abilify) les semaines précédentes en raison de troubles sexuels que l'intéressé attribuait à cette médication (élévation de son humeur, diminution de son sommeil et état d'agitation). Cette symptomatologie s'était amendée rapidement après la baisse du traitement de Fluoxétine et la reprise régulière de l'Abilify. Compte tenu de ces éléments, le psychiatre traitant confirme le diagnostic de trouble bipolaire de type II et réfute celui de dysthymie retenu par les experts.

Dans son rapport du 15 novembre 2022, le Dr A._____ indique qu'il partage le point de vue du Dr W._____ qui confirme le diagnostic initial de troubles bipolaires sévères. Selon le médecin traitant, la mise en échec des mesures de réinsertion professionnelle était due aux troubles psychiques de son patient, lequel était confronté à une impossibilité d'affronter la pression sociale dans un nouvel apprentissage avec un malaise important dans les relations interpersonnelles. Selon le Dr A._____, toute perspective de réinsertion de son patient à mi-temps était impossible au vu du trouble dépressif sévère persistant en coexistence d'une atteinte rhumatologique préteritant tout travail impliquant le port de charges ou une activité physique, même légère.

Les avis des experts psychiatres R._____ et E._____ mandatés par l'OAI sont ainsi lacunaires et contraires aux pièces du dossier quant aux faits sur lesquels ils se fondent.

d) Dans le cadre du mandat d'expertise judiciaire, le recourant a été reçu à deux reprises par le Dr I._____, qui s'est également entretenu par téléphone avec les médecins traitants. Sur la base d'une analyse complète et fouillée du dossier médical mis à sa disposition, cet expert psychiatre a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25), trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité évitante et impulsive

(F61.0), trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère sans syndrome somatique (F31.30) et trouble neurocognitif léger (F06.7). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'usage du tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue (F17.25), troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de la cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinente (F14.20) et trouble léger lié au jeu d'argent, occasionnel, en rémission prolongée (F63.0). Dans son appréciation de la situation, l'expert judiciaire motive en particulier de manière claire les motifs médicaux qui lui permettent de s'écarter de l'avis de ses confrères et pour quelles raisons il rejoint l'avis des médecins traitants, sur la base des considérations suivantes (rapport d'expertise psychiatrique du 22 juillet 2024, p. 23 s.) :

"[...] M. U._____ présente une pathologie psychiatrique complexe qui a conduit les différents médecins à poser des diagnostics différents. Le problème principal qui ressort de la lecture du dossier serait celui du diagnostic du trouble de l'humeur qui pour les différents experts est une dysthymie et pour les médecins traitants un trouble bipolaire. Or à l'examen de M. U._____ puis à une relecture du dossier, le diagnostic principal est, à mon avis, celui d'un trouble de l'usage de l'alcool qui est apparu dès 2005 ou 2006 et qui a persisté tout au long des années jusqu'à aujourd'hui.

16.4 Diagnostics retenus

16.4.1. Trouble de l'usage de l'alcool

Il ne fait aucun doute que M. U._____ abuse d'alcool actuellement. J'en veux pour preuve le foetor alcoolique incontestable lors du second entretien qui est un fait exceptionnel. Dans mon activité de psychiatre, il ne m'est arrivé que très exceptionnellement de devoir aérer mon cabinet après le traitement d'un ou d'une patiente. D'autre part, M. U._____ reconnaît avoir un retrait de permis de conduire actuellement en raison d'une alcoolémie élevée à 1 ‰. [...] M. U._____ présente les manifestations 1 (l'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu), 2 (il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool), 4 (envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool), 5 (consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison), 6 (consommation continue d'alcool, malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool), 8 (consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux), 9 (l'usage d'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou

exacerbé par l'alcool) et vraisemblablement 11 (sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : a. Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool).

Je pose donc un diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25) ou de trouble grave de l'usage d'alcool (F10.20) selon le DSM-5-TR ou de dépendance à l'alcool, utilisation actuelle, continue (6C40.20) selon la CIM-11.

16.4.2. Trouble de la personnalité

Le Dr W. _____ avait posé dans ses rapports du 6 janvier 2016, du 18 août 2022 et du 7 novembre 2019 le diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité narcissique et de personnalité impulsive. Les autres médecins n'ont pas retenu de diagnostic de trouble de la personnalité. [...] M. U. _____ a pu suivre une scolarité primaire sans redoubler mais en passant juste chaque année. Il n'a pas été à même d'obtenir son CFC de menuisier malgré une année supplémentaire d'apprentissage. Son insertion professionnelle par la suite a été particulière puisqu'il n'est jamais resté plus de deux ans dans la même entreprise avant de s'établir à son compte. Il n'a vraisemblablement jamais eu d'activité de menuisier à proprement parler mais de monteur de fenêtres et de portes. Tant qu'il a pu exercer cette activité particulière il n'a pas connu de problèmes particuliers. Mais dès qu'il n'a plus pu exercer cette activité, il s'est trouvé mal et a commencé à abuser d'alcool et à présenter des troubles thymiques. Il n'a jamais été à même de retrouver un équilibre satisfaisant ni de trouver une activité adaptée. J'estime que la déviation de l'expérience vécue et des conduites est manifeste dans la cognition (au sens précis de la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements), l'affectivité et l'impulsivité. Ainsi le critère A est rempli. Le critère B est rempli ainsi que le critère C. Le critère D est vraisemblablement rempli même si les manifestations du trouble ont été tardives dans leur expression de limitations fonctionnelles. Le critère E peut prêter à discussion en raison du trouble de l'usage de l'alcool. Néanmoins le trouble de l'usage de l'alcool n'explique pas et n'est pas responsable de labilité affective de M. U. _____ ni du fait qu'il n'a pas été à même d'obtenir son CFC. Le critère F est rempli. Le profil de personnalité de M. U. _____ est particulier. [...] Ce profil donne une image d'une personne pessimiste, mal adaptive, léthargique et hypo-contrôlée. Néanmoins M. U. _____ ne présente pas un trouble spécifique de la personnalité, comme c'est en fait fréquemment le cas dans les troubles de la personnalité. Je pose donc un diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité évitante et impulsive (F61.0) selon la CIM-10, ou de trouble de la personnalité non spécifié (F60.9) selon le DSM-5-TR ou de trouble modéré à sévère de la personnalité avec caractéristiques de l'affectivité négative, du détachement et de désinhibition dominantes (6D10.1 / 6D11-0 / 6D11.1 / 6D11.3).

16.4.3. Trouble de l'humeur

M. U. _____ a présenté à la suite du décès de sa mère un épisode dépressif sévère selon le rapport du Dr A. _____ du 3 mars 2014. Le Dr A. _____ a par la suite posé un diagnostic de trouble bipolaire de type II qui a été confirmé par le Dr W. _____. Par la suite les différents experts ont posé un diagnostic de dysthymie mais n'ont jamais estimé nécessaire de discuter les différents diagnostics

possibles (épisode dépressif, trouble dépressif récurrent ou trouble bipolaire). L'examen actuel ne met pas en évidence un trouble majeur de l'humeur et je peux parfaitement comprendre que les experts précédents aient posé un diagnostic de dysthymie. Néanmoins, la lecture du dossier met bien en évidence une labilité importante de la thymie de M. U._____. J'estime que l'on ne peut pas disqualifier simplement par un examen unique les diagnostics posés par les médecins traitants qui ont suivi M. U._____ pendant plusieurs années. Je reprendrai donc ici les différents diagnostics pour les discuter les uns après les autres.

M. U._____ dit avoir présenté en 2007 un burn-out. Un tel diagnostic, qui existe dans la CIM-11 et qui est défini comme un épuisement professionnel, prête à discussion dans le cas de M. U._____. En effet depuis 2004 ou 2005 il ne pouvait plus travailler à poser des fenêtres et des portes. Son activité au sein de son entreprise était limitée. Il est donc peu vraisemblable que l'on puisse évoquer un tel diagnostic d'épuisement professionnel. Mais il est par contre très vraisemblable que M. U._____ a pu présenter une décompensation sur un mode dépressif. [...] Au dossier, je ne dispose pas d'une description précise de la symptomatologie qu'a présenté M. U._____ en 2007 à la suite du décès de sa mère, puis de son divorce. J'estime néanmoins qu'il est vraisemblable que M. U._____ a présenté alors les symptômes 1 (humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours signalée par la personne [par exemple se sent triste, vide ou sans espoir] ou observée par les autres [par exemple pleure]), 2 (diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours), 3 (perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime [par exemple modification du poids corporel excédant 5 % en un mois] ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours (M. U._____ dit avoir pris vingt kilos lorsqu'il a arrêté de travailler sur les chantiers), 4 (insomnie ou hypersomnie presque tous les jours), et 6 (fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours).

On pourrait se poser la question d'un trouble de deuil prolongé. [...] J'exclus en fait ce diagnostic car, selon le rapport du Dr A._____ du 3 mars 2014, le trouble dépressif s'est prolongé pendant plusieurs années de 2007 à 2010 et que durant cette période d'autres événements, sources de stress, comme le divorce, ont également joué un rôle dans la persistance de trouble dépressif. Je m'abstiens de justifier cette exclusion de manière détaillée.

Il me semble à ce stade justifié de poser un diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère (F32.10/F32.2) selon la CIM-11 ou de trouble dépressif caractérisé moyennement grave (F32.2) ou d'épisode dépressif en un seul épisode, grave, sans symptômes psychotiques (6A70.3) selon la CIM-11. Le Dr A._____ dès son rapport du 24 mars 2014 puis le Dr W._____ dès son premier rapport du 6 janvier 2016 ont posé un diagnostic de trouble bipolaire de type II. Dans son rapport du 18 août 2022 le Dr W._____ a motivé de manière convaincante les épisodes hypomanes qu'avait présentés M. U._____. [...] En ce qui concerne les épisodes hypomanes, dans son rapport du 18 août 2022 le Dr W._____ décrit précisément un épisode hypomane [...]. Selon cette description détaillée, le critère A a été rempli. Les manifestations 2 (réduction du besoin de sommeil (par exemple le sujet se sent reposé après seulement trois heures de sommeil), 3 (plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler) et 6

(augmentation de l'activité orientée vers un but [social, professionnel, scolaire ou sexuel] ou agitation psychomotrice au moins étaient présentes. J'estime donc que les critères sont remplis pour un diagnostic d'épisode hypomaniaque. Comme je l'ai mentionné précédemment, les critères sont également remplis pour au moins un épisode dépressif caractérisé. Ainsi pour un diagnostic de trouble bipolaire II, les critères A et B sont remplis. Le critère C est également rempli car il n'est jamais fait mention de troubles d'ordre psychotique chez M. U._____. Enfin le critère D est également rempli. En conséquence je pose un diagnostic de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère sans syndrome somatique (F31.30) selon la CIM-10, ou de trouble bipolaire II, épisode dépressif léger (F31.81) selon le DSM-5-TR ou de trouble bipolaire de type II, épisode actuel dépressif, léger (6A61.1) selon la CIM-11. Ce diagnostic de trouble bipolaire II exclut le diagnostic de dysthymie puisqu'un des critères diagnostiques du trouble dépressif persistant (dysthymie) selon le DSM-5-TR est qu'il *n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque* (critère E). On pourrait éventuellement évoquer un diagnostic de trouble cyclothymique mais pour cela il faudrait que M. U._____ présente des nombreuses périodes avec des symptômes hypomaniaques et des symptômes dépressifs sur une durée de deux ans. Or les symptômes hypomaniaques sont peu fréquents. J'estime donc que le diagnostic de trouble cyclothymique n'est pas approprié dans le cas de M. U._____.

16.4.4. Trouble de l'usage du tabac

Bien que ce diagnostic n'ait pas de répercussion directe sur la capacité de travail, il est important de le poser d'un strict point de vue médical en raison de ses conséquences sur l'état de santé à long terme. M. U._____ fume des cigarettes de longue date, à raison d'une trentaine de cigarettes par jour. [...] M. U._____ a présenté les manifestations 1 (le tabac est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu), 2 (il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation de tabac), 4 (envie impérieuse [craving], fort désir ou besoin pressant d'utiliser du tabac), 9 (l'usage du tabac est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le tabac) et 11 (sevrage manifesté par l'un des deux symptômes suivants : a. Syndrome de sevrage caractéristique du tabac). Je pose un diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'usage du tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue (F17.25) ou de trouble moyen de l'usage du tabac (F17.200) selon le DSM-5-TR ou de dépendance [à] la nicotine (6C4A.2) selon la CIM-11.

16.4.5. Trouble de l'usage de stimulants

M. U._____ a consommé par période de la cocaïne. [...] M. U._____ a présenté les manifestations 1 (le stimulant est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu), 2 (il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation du stimulant), 4 (envie impérieuse [craving], fort désir ou besoin pressant d'utiliser le stimulant), 9 (l'usage du stimulant est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou

exacerbé par le stimulant) et vraisemblablement 11 (sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : a. Syndrome de sevrage caractéristique du stimulant). Je pose un diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F14.20), ou de trouble moyen de l'usage de stimulants en rémission prolongée (F14.21) selon le DSM-5-TR ou de dépendance à la cocaïne, rémission complète maintenue (6C45.23) selon la CIM.11.

16.4.6. Trouble lié au jeu d'argent

M. U. _____ reconnaît avoir été dépendant aux jeux d'argent. [...] M. U. _____ a présenté les manifestations 2 (agitation ou irritabilité lors de tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu), 3 (efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu), 4 (préoccupation par le jeu (par exemple préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, ou par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer), 6 (après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes [pour « se refaire »]) et 7 (ment pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu). Je pose donc un diagnostic de trouble léger lié au jeu d'argent, occasionnel, en rémission prolongée (F63.0) selon le DSM-5-TR ou de trouble du jeu de hasard, principalement hors ligne, rémission complète maintenue selon la CIM-11 (6C50.23).

16.4.7. Trouble neurocognitif léger induit par une substance

Il ne fait aucun doute que M. U. _____ présente des troubles neurocognitifs. Aussi bien le Dr A. _____ que le Dr W. _____ ont posé le diagnostic de trouble neurocognitif. Déjà l'examen neuropsychologique de Mme [...] du 6 novembre 2014 avait mis en évidence une dysfonction exécutive et attentionnelle très discrète qui masquait un important coût cognitif d'origine vraisemblablement multifactoriel (alcool et trouble thymique). Depuis lors, l'atteinte cognitive s'est indiscutablement aggravée comme le montre la fiche de renseignements remplie par M. U. _____. [...] Le critère A est rempli même si je ne dispose pas d'une évaluation clinique quantifiée. Le critère B est rempli car M. U. _____ peut encore vivre de manière autonome. Le critère C est rempli car, à ce jour, M. U. _____ n'a jamais présenté d'état confusionnel. Le critère D est rempli car le trouble bipolaire n'explique pas le déclin cognitif. [...] Je pose donc un diagnostic de trouble neurocognitif léger (F06.7) selon la CIM10, ou de trouble neurocognitif léger induit par l'alcool (F10.288) selon le DSM-5-TR ou de trouble neurocognitif léger (6D71) selon la CIM-11. [...]"

e) Il convient encore de s'assurer que l'expert psychiatre I. _____ a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail du recourant à la lumière des indicateurs déterminants selon la jurisprudence en matière de troubles psychiques (cf. consid. 4 supra).

L'expert a posé les diagnostics en référence aux critères de la classification internationale des maladies et a confronté ses propres

constatations cliniques avec ceux-ci. Comme vu précédemment, il expose au demeurant de manière convaincante les motifs médicaux qui le conduisent à s'écarter du diagnostic de dysthymie retenu par ses confrères et à retenir celui de trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère sans syndrome somatique, à l'instar de l'avis des médecins traitants.

Concernant le degré de gravité fonctionnel des troubles, l'expert psychiatre constate la présence de manifestations concrètes des troubles psychiques sur les activités de l'assuré dans tous les domaines : sa vie professionnelle dans laquelle il n'a pas été à même de trouver une activité adaptée à ses handicaps somatiques ; sa vie familiale et affective où il se retrouve isolé ; sa vie sociale vivant isolé et sans amis ; ainsi que sa vie économique chaotique, en les qualifiant de « sévères ».

S'agissant du traitement ou de la résistance au traitement, l'expert psychiatre le qualifie de « difficile » en raison de la chronicité des troubles psychiques et de l'adhésion partielle du patient aux soins en raison d'une anosognosie. Malgré les longs traitements en Suisse et en Espagne, au vu de la chronicité des troubles, ces derniers n'ont pas été suivis de succès permettant un « recouvrement notable d'une capacité de travail ».

Pour l'examen des ressources personnelles à disposition du recourant, la lecture de son parcours professionnel, dans le cas d'un assuré qui a suivi une formation professionnelle sans jamais obtenir de CFC, interpelle l'expert sur une manifestation du trouble de la personnalité avec traits de personnalité évitante. Il relève que l'assuré a choisi d'exercer une activité professionnelle de poseur de fenêtres et de portes, sans jamais exercer celle de menuisier ; cette activité professionnelle limitée n'exigeait pas de grandes ressources tout en permettant à l'intéressé de gagner sa vie. De plus, un examen neuropsychologique du 6 novembre 2014 avait confirmé les difficultés cognitives de l'assuré pour accomplir les tâches. Selon l'expert, les troubles psychiques interfèrent depuis 2007 avec toutes les tentatives de soutien et de réadaptation

professionnelle au vu des ressources limitées et des troubles cognitifs attestés par les médecins, qui se sont aggravés au cours du temps en raison des effets neurotoxiques de la dépendance à l'alcool. Les ressources personnelles du recourant sont dès lors fortement diminuées.

Concernant le contexte social, l'expert a retenu qu'à côté d'un ami qu'il voit de temps en temps au bistrot, l'assuré vit isolé chez lui, avec la précision qu'il a des difficultés majeures à tenir des relations privilégiées, même avec ses enfants.

S'agissant de la cohérence, l'expert psychiatre a noté que l'assuré n'est pas fiable car il ne reconnaît pas ses troubles psychiques en mettant tout sur le compte des effets économiques. Dans ces conditions, les rapports des médecins traitants s'avèrent seuls déterminants et doivent être pris en considération. Sur la base de ses propres constats, l'expert ne relève pas d'incohérence notable entre le tableau clinique, les plaintes et le dossier médical mis à sa disposition. Il a également apprécié la cohérence des troubles en fonction des critères du mini CIF-APP et a indiqué que, d'un point de vue psychologique, cette échelle d'évaluation confirmait les ressources limitées de l'assuré. L'expert est d'avis que le pronostic n'est guère favorable compte tenu des troubles psychiques chroniques entravant tous les traitements susceptibles d'être proposés. Les atteintes somatiques causées par une longue dépendance à l'alcool sont qualifiées d'inquiétantes et mettent en péril la vie même du recourant.

Finalement, l'expert judiciaire a posé une appréciation pondérée et convaincante de la situation et de la capacité de travail de l'assuré.

f) En l'espèce, la Cour de céans ne voit aucune raison justifiant de s'écarter des constatations et des conclusions circonstanciées de l'expert I. _____ dont le rapport d'expertise judiciaire du 22 juillet 2024 remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 5b supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une

analyse approfondie du cas, en ce qu'il se fonde sur deux entretiens avec l'assuré et sur un contact avec les divers médecins traitants. L'anamnèse est complète ; l'examen clinique est clair et cohérent ; la discussion des avis divergents est convaincante. Les conclusions sont exemptes de contradiction et les réponses aux questions parfaitement convaincantes car fondées sur un examen du cas réalisé dans les règles de l'art.

g) Des conclusions du rapport d'expertise judiciaire du Dr I._____, corroboré notamment par ceux datés du 18 août 2022 du Dr W._____ et du 15 novembre 2022 du Dr A._____, il ressort qu'en raison de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25), trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité évitante et impulsive (F61.0), trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère sans syndrome somatique (F31.30) et trouble neurocognitif léger (F06.7), la capacité de travail de l'assuré dans toute activité est altérée depuis le 25 février 2013 et a fluctué depuis lors comme suit : 0 % jusqu'au 4 août 2013 ; 50 % du 5 août 2013 au 15 novembre 2013 ; 0 % du 16 novembre 2013 au 16 janvier 2014 ; 40 % du 17 janvier 2014 au 12 novembre 2015 ; 0 % du 13 novembre 2015 au 14 mai 2017 ; 50 % du 15 mai 2017 au 25 décembre 2018 ; 30 % du 26 décembre 2018 au 31 octobre 2019 ; dès le 1^{er} novembre 2019, la capacité de travail résiduelle évaluée par l'expert judiciaire est de 20 - 30 % compte tenu des capacités cognitives et d'adaptation limitées de l'assuré dans une activité manuelle simple. Cette estimation tient compte également des limitations fonctionnelles somatiques (pour rappel, « favoriser alternance des positions assises et debout, pas de port de charges sup. à 10kg, pas d'activité à genoux ou accroupie, pas d'échelles, escabeaux, échafaudages, pas de marche prolongée en montée ou descente, pas de posture forcée du rachis ou de porte à faux, pas d'activités en terrain irrégulier »). Comme cela ressort de l'avis SMR du 5 août 2024, il convient d'ajouter les incapacités de travail totales transitoires présentées pour des raisons somatiques du 29 novembre 2013 au 13 janvier 2014 (cimentoplastie), du 10 novembre 2015 au 10 février 2016 (fracture du poignet) et du 5 décembre 2018 au 27 février 2019 (décompensation diabétique).

h) Compte tenu de la demande tardive du 22 janvier 2014, le droit à une rente d'invalidité est ouvert à compter du 1^{er} juillet 2014 (cf. art. 28 al. 2 et 29 al. 1 et 3 LAI). Au vu des taux de capacité de travail du recourant fixés par l'expert judiciaire, d'un revenu sans invalidité de 132'945 fr. et d'un revenu d'invalidité de 63'130 fr. - montant pour un taux de 100 % qui se base sur les données salariales statistiques et la prise en compte d'un abattement de 5 % - retenus en 2014, par l'OAI, le degré d'invalidité du recourant varie de 76 à 100 % et lui ouvre ainsi le droit à une rente entière à compter du 1^{er} juillet 2014 (cf. art. 28 al. 1 - 2 et 29 al. 1 et 3 LAI). Un tel degré justifie par conséquent l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} juillet 2014 sans limite dans le temps.

i) Ces constats entraînent la réforme des décisions attaquées, en ce sens que le recourant est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2014 sous la réserve des indemnités journalières déjà versées.

7. a) Des considérants qui précèdent, il ressort que les recours, fondés, doivent être admis. Les décisions attaquées du 16 janvier 2023 et du 24 février 2023 sont réformées en conséquence et la cause renvoyée à l'intimé afin qu'il procède au calcul et au versement des prestations litigieuses, dans le sens de ce qui précède.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière d'assurance-invalidité (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. 1^{bis} LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait toutefois entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que cette dernière ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents.

d) En l'occurrence, l'OAI a fondé les décisions litigieuses sur les conclusions de l'expertise du C._____ dont les lacunes ont été discutées dans le cadre du présent arrêt (cf. consid. 6c supra), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir en détails. Au vu de ces éléments, qui interpellaient quant à la qualité de l'expertise du C._____, le SMR aurait dû porter un regard plus critique sur les conclusions de l'expert psychiatre (le Dr E._____). Dans ces circonstances, la Cour de céans ne peut que constater que l'office intimé a 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. L'expertise judiciaire a servi à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Dans ces conditions, il se justifie de mettre à charge de l'assurance-invalidité la totalité des frais qui ont été

nécessaires à la mise en œuvre de l'expertise judiciaire, à savoir les honoraires de l'expert Dr I._____, par 10'650 francs (facture du 22 juillet 2024).

e) Vu le sort de ses conclusions, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 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 intégralement à la charge de l'intimé.

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

- I.** Les recours sont admis.

- II.** Les décisions rendues les 16 janvier et 24 février 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées, en ce sens que U._____ a le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} juillet 2014 sous la réserve des indemnités journalières déjà versées.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Les frais d'expertise, à hauteur de 10'650 fr. (dix mille six cent cinquante 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 U._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Charles Munoz (pour U. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :