

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 février 2023

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Métral, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

A.E. _____, à [...], recourant, représenté par Me Ana Rita Perez, à
Lausanne,

et

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

Art. 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 al. 1 et 3 LAI

E n f a i t :

A. A.E._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], ressortissant portugais, marié, sans enfant et sans formation, réside en Suisse depuis 2004. Il a travaillé en qualité de manœuvre non qualifié dans le secteur du bâtiment auprès de l'entreprise Z._____ SA au [...]. Le 26 octobre 2011, A.E._____ a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé). L'assuré a indiqué se trouver en incapacité totale de travail depuis le 16 août 2011 en raison de lombosciatalgies sur canal étroit.

Une imagerie à résonance magnétique (IRM), effectuée le 28 septembre 2011 par la Dre K._____, spécialiste en radiologie et neuroradiologie diagnostique et médecin cheffe de clinique au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier X._____ (ci-après : le Centre hospitalier X._____), a mis en évidence des débords discaux multi-étagés associés à des déchirures intra discales à l'étage L2-L3 et L3-L4, ainsi qu'un canal lombaire étroit de grade C à l'étage L3 à L4 et de grade B à l'étage L4-L5.

A la demande de l'OAI, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré depuis 2009, a, dans son rapport du 28 novembre 2011, posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies sur canal lombaire étroit et de discopathies L2-L3-L4 (depuis 2011). Il a fait état d'une capacité de travail nulle depuis le 16 août 2011 dans son activité professionnelle habituelle et de 100 % avec une diminution de rendement de l'ordre de 20 à 30 % dans une activité adaptée à son dos.

Tant dans une attestation du 23 novembre 2012 que dans un rapport du 19 décembre 2012, le Dr G._____ a constaté que l'état physique et psychique de l'assuré s'aggravait. Dans son second rapport, il a précisé que l'état dépressif limitait la capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance.

Selon son rapport du 21 mai 2013, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ayant suivi l'assuré du 23 mars au 17 mai 2012, n'a pas retenu de diagnostic d'ordre psychique au premier plan ayant des répercussions sur la capacité de travail de son patient et a considéré qu'une activité professionnelle était encore exigible à temps partiel. Les constatations de ce psychiatre lors de son dernier contrôle du 17 mai 2012 étaient les suivantes:

« Constat médical

Monsieur A.E._____ nous a semblé totalement impuissant et dépassé par sa situation de santé dont le pronostic était peu encourageant. Depuis son incapacité de travail, sa situation sociale et financière s'est clairement dégradée. Cette situation de précarité associée aux douleurs qu'entraînent son hernie et sa colonne vertébrale sont des facteurs de stress intenses qui ont sur Monsieur un effet dévastateur impliquant des sentiments de résignation, d'incompréhension et de désespoir, un isolement social progressif qui conduisent évidemment à une dégradation de son intégrité psychique et physique. Le discours reste pessimiste, à l'image de ses possibilités de traitement. Pas de troubles de la lignée psychotique.

1.5

Nature et importance du traitement actuel

Sur le plan psychologique, un suivi psychothérapeutique n'est à l'heure actuelle pas la priorité au vu de la problématique de Monsieur A.E._____. »

Par décision du 7 juin 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 22 octobre 2012 et a refusé toute prestation à l'assuré. L'office a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles.

Par acte du 8 juillet 2013, A.E._____ a recouru contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans le cadre de cette procédure, l'assuré a produit un rapport établi le 16 août 2013 par le Dr G._____ dont il ressort ce qui suit :

« Monsieur A.E._____ souffre de lombalgies chroniques sur canal lombaire étroit, de cervico-dorsalgies chroniques, de diabète et d'hypertension.

Malgré plusieurs infiltrations facettaires au niveau L3-L4-L5 il n'y a pas eu d'amélioration. Une opération neurochirurgicale n'est pas recommandée en raison notamment du diabète du patient.

Monsieur A.E. _____ est très handicapé par ses douleurs qui l'empêchent de travailler et le gênent dans les actes de la vie quotidienne. Il doit prendre des antalgiques, des anti-inflammatoires, des anti-hypertensifs et des antidiabétiques quotidiennement. Toutes ses pathologies ont des répercussions sur son moral et entraînent un état dépressif chronique.

Monsieur A.E. _____, pour les raisons citées ci-dessus, est dans l'incapacité de travailler. »

Par arrêt du 26 novembre 2013, la Cour de céans a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique/orthopédique, neurologique et psychiatrique). La Cour a notamment relevé que si le Dr D. _____ ne retenait pas de maladie psychiatrique au premier plan au mois de mai 2012, il observait cependant une claire dégradation de la situation sociale et financière de l'assuré qui, cumulée aux douleurs, constituait des facteurs "de stress intenses" ayant "un effet dévastateur impliquant des sentiments de résignation, d'incompréhension et de désespoir" conduisant à un isolement social progressif entraînant une dégradation de son intégrité psychique et physique. Le psychiatre avait également constaté que l'assuré présentait des limitations fonctionnelles (difficultés de concentration, de compréhension, des problèmes mnésiques et d'adaptation liées à l'amplitude des douleurs) qui justifiaient une capacité de travail à temps partiel dans toute activité professionnelle. Le fait que le Dr D. _____ ait retenu à la fois l'absence de maladie psychique au premier plan et une incapacité de travail ne permettait pas à l'OAI de retenir que l'assuré ne présentait pas d'atteinte psychiatrique invalidante. La Cour a de plus constaté que le dernier examen pratiqué par le Dr D. _____ remontait au mois de mai 2012 et était donc antérieur à l'aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré constatée les 19 décembre 2012 et 16 août 2013 par le Dr G. _____. Elle a finalement considéré qu'il existait une incertitude concernant d'une part l'impact de l'aggravation de l'état physique et sa probable implication dans l'aggravation de l'état psychique, attestée par le médecin traitant, sur la capacité de travail résiduelle de l'assuré dans une activité adaptée et le moment de sa survenance d'autre part.

B. Le 19 janvier 2016, les Drs L._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, F._____, spécialiste en médecine interne générale et C._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, de la Polyclinique M._____ à [...], ont rendu un rapport d'expertise pluridisciplinaire. Ce rapport se base sur trois consultations, soit de psychiatrie et de neurologie, effectuées respectivement par les Drs C._____ et Q._____, spécialiste en neurologie, ainsi qu'une consultation de rhumatologie établie par le Dr L._____.

Dans leur rapport d'expertise du 19 janvier 2016, les trois experts ont retenu le diagnostic avec influence sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs du rachis lombaire (M54.5). Les diagnostics de syndrome somatoforme persistant (F45.4) et de polyneuropathie sensitive des membres inférieurs d'origine diabétique probable ont été retenus comme n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail. Selon eux, la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle était nulle depuis le 28 septembre 2011 et entière dans une activité adaptée depuis la même date. Ils ont également relevé ce qui suit :

« Monsieur A.E._____, âgé de [...] ans, marié sans enfant, d'origine portugaise, sans formation professionnelle est établi en Suisse depuis 2004. Il a travaillé comme ouvrier dans la construction jusqu'en août 2011 date à laquelle il est mis en arrêt de travail pour des lombosciatalgies. L'IRM lombaire du 28.09.2011 montre des discopathies étagées et un canal lombaire étroit. L'expertisé dépose une demande de prestations AI le 25.10.2011. Le Dr G._____, médecin traitant, indique que l'activité habituelle de son patient n'est plus adaptée à son état de santé mais il estime sa capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20%. Un projet de décision de refus de rente est alors émis par l'AI. Monsieur A.E._____ fait opposition à ce projet de décision. Dans un nouveau rapport médical, le Dr G._____ annonce une aggravation de l'état de santé de son patient avec un syndrome douloureux qui persiste malgré la prise en charge par le centre d'antalgie du Centre hospitalier X._____, apparition d'un syndrome dépressif et d'une possible neuropathie diabétique. Monsieur A.E._____ a été vu en consultation par le Dr D._____, psychiatre, qui ne retient pas de maladie psychique au premier plan. Considérant qu'il n'y a pas de fait médical nouveau dans les documents produits en cours d'audition, l'AI confirme sa décision de refus de rente et de reclassement professionnel et alloue à l'expertisé une aide au placement. Monsieur A.E._____ interjette recours de cette décision devant la CASSO. La cour considérant que les faits médicaux nouveaux (polyneuropathie diabétique) sont insuffisamment documentés demande la reprise de l'instruction. C'est dans ce contexte qu'une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, neurologie, rhumatologie est demandée à l' [...]. (...)

Sur le plan psychiatrique, nous retenons le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant devant le tableau douloureux chronique avec comportement douloureux caricatural souligné par tous les experts mais sans atteinte somatique expliquant de manière prépondérante la totalité de la symptomatologie. Le syndrome douloureux est à l'origine d'une détresse de l'expertisé même si son interrogatoire peine à mettre en évidence des facteurs psychosociaux associés. A noter cependant que le contenu du discours de Monsieur A.E. _____ est pauvre avec évocation des affects difficiles en lien avec une capacité d'abstraction limitée. Nous retenons également le diagnostic d'état dépressif modéré mais faisant partie intégrante du syndrome douloureux chronique. Nous nous écartons ainsi des conclusions du rapport médical pour l'AI du Dr D. _____ qui nous semblent discordantes avec les observations de notre confrère figurant dans le même rapport. Les ressources psychologiques de Monsieur A.E. _____ pour faire face au syndrome douloureux semblent assez limitées. Cependant l'expertisé arrive à maintenir un lien social et sa vie familiale reste préservée. Par ailleurs, si Monsieur A.E. _____ a bénéficié de nombreux traitements somatiques, la prise en charge psychiatrique, qui dans le contexte présent est jugée comme pouvant apporter une amélioration, n'a pas été suivie de manière suffisante (deux mois de traitement) mais l'impact de la psychothérapie chez un expertisé avec des ressources intellectuelles limitées est jugé incertain et n'est donc pas exigible. En raison de tous ces éléments, nous considérons du point de vue psychiatrique que la capacité de travail de l'expertisé est entière dans toute activité adaptée. »

Le Dr C. _____, qui a examiné l'assuré le 8 décembre 2015, a notamment constaté que, face au syndrome douloureux, les ressources assez limitées de l'assuré semblaient dépassées mais qu'on devait constater qu'il n'y avait pas eu de « traitement psychiatrique intégré lege artis, traitement qui théoriquement pourrait apporter une relative amélioration mais dont l'impact serait probablement limité au vu des pauvres ressources intellectuelles et affectives de l'intéressé ». Il a relevé que toutes les sphères de la vie n'étaient pas touchées, l'expertisé semblant garder une vie sociale relativement riche et satisfaisante. Il a considéré que les facteurs permettant de qualifier le syndrome douloureux comme invalidant ne paraissaient pas tous réunis et qu'il conviendrait de proposer un traitement médical et psychiatrique intégré, voire des mesures d'accompagnement, selon l'évolution sous traitement.

Le 9 février 2016, la Dre R. _____, spécialiste en chirurgie, du SMR, a établi un rapport sur la base de l'expertise pluridisciplinaire précitée et a confirmé que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué par les experts ne remplissait pas les critères permettant de lui conférer un caractère durablement incapacitant. Elle a retenu que l'activité habituelle de manœuvre en bâtiment n'était plus exigible en

raison des atteintes somatiques depuis le 28 septembre 2011, mais qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100 % depuis la même date.

Par décision du 19 juillet 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision du 29 mars 2016 annulant et remplaçant la décision du 7 juin 2013 et a refusé toute prestation à l'assuré. L'Office a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles.

Par acte du 14 septembre 2016, A.E. _____ a recouru contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Par arrêt du 19 décembre 2017, la Cour de céans a admis le recours et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision considérant que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique était nécessaire afin d'évaluer, au regard des nouveaux principes applicables en la matière, la pertinence du diagnostic de trouble somatoforme douloureux et son éventuel caractère invalidant. Elle a relevé que l'expert psychiatre qui avait posé le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant avait examiné la capacité de travail de l'assuré au regard d'un seul critère dégagé par l'ancienne jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux, soit l'absence de repli social, de sorte que ses conclusions ne pouvaient être suivies telles quelles. De plus, les conclusions du Dr C. _____ apparaissaient contradictoires ; celui-ci constatait d'une part que les ressources de l'assuré semblaient dépassées et qu'il n'y avait pas eu de traitement psychiatrique intégré lege artis - traitement qui pourrait théoriquement remédier aux troubles de l'assuré -, et retenait d'autre part que l'impact du traitement serait finalement limité au vu des mêmes ressources insatisfaisantes de l'intéressé et en conséquence pas exigible. Malgré ces constats, l'expert ne retenait aucun facteur permettant de qualifier le syndrome douloureux comme invalidant. Elle a également mentionné le fait que la Dre R. _____ du SMR, après avoir elle-même analysé certains

indicateurs, sans être psychiatre, excluait le caractère durablement incapacitant du trouble somatoforme douloureux selon l'ancienne jurisprudence et qu'elle faisait une lecture partielle de l'expertise lorsqu'elle mentionnait les plaintes démonstratives de l'assuré qui laisseraient insensibles les experts. Quant au traitement psychiatrique, la Cour a constaté que l'expert psychiatre avait lui-même relevé qu'il n'avait pas été adéquat et avait observé le manque de ressources de l'assuré.

C. Par courrier du 17 janvier 2018, l'assuré a, par son conseil, transmis à l'OAI un rapport du 10 janvier 2018 de sa nouvelle médecin traitante, la Dre P._____, médecin praticien, dans lequel elle a constaté « une dégradation de l'état de santé de l'assuré depuis 2011 devant l'absence d'antalgie efficace et des douleurs permanentes, avec apparition de douleurs cervicales. S'y associe un syndrome dépressif réactionnel en rapport avec ses douleurs quotidiennes ». Elle a précisé que l'incapacité de travail de l'assuré était totale, qu'aucune activité adaptée n'était envisageable à ce jour et qu'on ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail à long terme.

Il ressort du rapport du 1^{er} mai 2018 des Drs W._____, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie de la colonne vertébrale (SSNC et SO) et B._____, respectivement chef de clinique et médecin assistante au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier X._____, que l'assuré a été mis en arrêt de travail durant six semaines à la suite d'une intervention de décompression du canal lombaire étroit au niveau L2-L3, L3-L4 et L4-L5 réalisée le 19 février 2018 au vu d'une importante aggravation de ses lombalgies depuis février 2018.

Reprenant l'instruction, l'OAI a confié au T._____ (ci-après : le T._____) de [...] la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire comportant un volet psychiatrique (Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), un volet rhumatologique (Dre V._____, spécialiste en rhumatologie) et un volet de médecine interne (Dr A._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil).

Dans leur rapport du 29 avril 2019, les experts ont notamment retenu ce qui suit :

« (...) L'histoire personnelle est vierge d'antécédent traumatique, psychiatrique familial ou personnel. Dans le contexte d'une atteinte physique, l'expertisé développe un syndrome douloureux depuis 2011 en l'absence de perturbation psychosociale, hormis une prise en charge de son médecin traitant jugée insuffisante, laissant depuis lors un sentiment de colère intense à son égard. L'expertisé est en incapacité de travail de 100% depuis le 16.08.2011. En décembre 2012, le médecin traitant déclare un état dépressif mais une prise en charge psychiatrique par le Dr D. _____ à Lausanne ne retient aucune pathologie psychique, ni aucune incapacité de travail d'origine psychique. A la suite du recours de l'expertisé accepté par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en novembre 2013, une expertise pluridisciplinaire de fin 2015 conduit au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sans incapacité de travail. Bien que l'expert psychiatre ait constaté un état dépressif modéré, il a estimé que ce syndrome fait partie intégrante du syndrome douloureux somatoforme persistant. A cette époque, l'expertisé ne bénéficiait pas de traitement psychiatrique intégré lege artis susceptible d'apporter une amélioration, comme l'a relevé l'expert psychiatre. Ce dernier estime pour autant que l'impact d'un tel traitement serait probablement limité en raison des ressources assez pauvres, tant sur le plan intellectuel qu'affectif. Il relève que l'expertisé garde une vie sociale relativement riche et satisfaisante.

L'expertisé dépose à nouveau un recours contre la décision de l'Office AI, recours accepté par la Cour des assurances sociales du canton de Vaud en date du 19.12.2017, raison pour laquelle une nouvelle expertise pluridisciplinaire est demandée.

Dès 2018, l'évolution de l'état psychique est défavorable. Le médecin traitant déclare un syndrome dépressif réactionnel dans le contexte du syndrome douloureux. L'expertisé lui-même rapporte assez clairement l'apparition d'un épisode dépressif d'intensité modérée selon la présente évaluation, tant du point de vue anamnestique qu'objectif.

Le Dr C. _____ dans son rapport d'expertise de janvier 2016 avait relevé un syndrome dépressif d'intensité modérée ne justifiant pas un diagnostic indépendant selon la CMI10. Toutefois, la situation s'est dégradée dès 2018 et les arguments en notre possession permettent de retenir un épisode dépressif réactionnel d'intensité modérée. Le médecin traitant indique un état dépressif en janvier 2018 mais n'en décrit pas les symptômes, les signes ou l'intensité. Il est possible que l'atteinte psychique initiale ait été un trouble de l'adaptation, puis s'est aggravée en épisode dépressif moyen. L'expertisé rapporte d'ailleurs l'apparition du syndrome dépressif à six mois avant la date de l'expertise. En outre, l'introduction du traitement de Trittico et de Tranxilium ont apporté des effets favorables, tant sur le sommeil que sur les symptômes anxieux. Toutefois, le premier traitement de Citalopram, malgré une posologie de 40 mg par jour, n'a eu aucun effet sur l'état dépressif, alors que la durée du traitement était de plusieurs mois. A l'heure actuelle, il reçoit un traitement de Cymbalta 60 mg par jour depuis le 01.02.2019 et ne constate pour l'heure aucune modification.

L'apparition du syndrome douloureux et de l'épisode dépressif actuel s'inscrit 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 à l'heure actuelle avec son épouse. A l'exploration, nous n'avons pas retrouvé 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 Monsieur A.E. _____ 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. Ceci a également été relevé dans le rapport d'expertise psychiatrique de janvier 2016.

Les atteintes somatiques expliquent pleinement le syndrome douloureux malgré une démonstrativité et majoration plutôt légères, relevées durant les présentes évaluations somatiques. Nous savons qu'existe un conflit intériorisé lié à la colère que l'expertisé a nourri envers le premier médecin traitant. Toutefois, il n'y a pas d'autres éléments émotionnels liés à une situation psychosociale difficile ou à des conflits à l'époque de l'apparition du syndrome douloureux. Les éléments médicaux sont donc insuffisants pour retenir, de notre point de vue, un syndrome douloureux somatoforme. D'une part, il existe une atteinte somatique qui explique les douleurs. D'autre part, nous constatons qu'elles sont surtout légèrement majorées, ce qui ne suffit pas à évoquer une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ; l'intensité de la majoration est insuffisante, elle n'est même pas observée lors de l'évaluation psychique. De ce fait, nous mettons ce comportement de légères démonstrativité et majoration sur le compte de l'atteinte dépressive.

En résumé, l'expertisé a développé un syndrome douloureux persistant, avec une probable composante somatoforme, puis un épisode dépressif réactionnel d'intensité modérée depuis environ six mois dans le contexte d'une accentuation de certains traits de personnalité. Une nouvelle prise en charge psychiatrique s'est récemment organisée, le traitement psychotrope a été modifié depuis uniquement trois semaines. En outre, il est également prévu de renforcer la prise en charge par un suivi psychologique. Dans ce contexte, on peut estimer que l'impact d'une telle prise en charge, devenue légère, devrait permettre une rémission de l'épisode dépressif actuel.

4.2 Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Syndrome métabolique avec :
 - Obésité de classe 1.
 - Diabète de type II dès 2007.
 - Polyneuropathie sensitive distale.
 - Hypertension artérielle.
- 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 et 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 (19.02.2108)
- Cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs (discopathies débutantes C2-C3, C3-C4 et C6-C7, sans hernie discale (IRM cervicale du 29.12.2017).
- Suspicion d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral.
- Episode dépressif réactionnel d'intensité modérée avec syndrome somatique (F32.11) depuis six mois.
- Accentuation de certains traits de la personnalité (passifs et dépendants). (...)

4.5 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Les ressources de base sont faibles. On doit relever un niveau d'intelligence dans les normes inférieures, une scolarisation limitée, des connaissances en français insuffisantes, l'absence de formation

alors que l'expérience professionnelle s'est limitée à celle d'ouvrier dans la construction. Les ressources manuelles sont également limitées, puisque l'expertisé ne mentionne aucune capacité dans une quelconque autre tâche manuelle comme le bricolage. A l'heure actuelle, l'épisode dépressif réactionnel réduit temporairement les ressources.

Sont réduites : l'aptitude à la communication, la capacité d'adaptation et flexibilité psychique, la capacité de prise de décisions ou de jugement.

Temporairement, l'épisode dépressif diminue également : 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.

Sachant que l'épisode dépressif peut encore évoluer favorablement, malgré les ressources, il est raisonnable de retenir une capacité de travail psychique de 100% dans un délai de trois mois.

4.6 Contrôle de cohérence

Les dysesthésies à type de fourmillements, engourdissements apparaissent plausibles dans le cadre d'une polyneuropathie distale liée au diabète. La composante motrice avec atteinte essentiellement du releveur du pied droit et du gros orteil est à mettre essentiellement sur le compte de séquelles du syndrome de queue de cheval, en notant cependant qu'en 2015 déjà, la marche sur la pointe et les talons ou l'accroupissement étaient déclarés impossibles, sans explication cohérente.

Il n'y a pas d'incohérence, mais une majoration des plaintes et surtout de l'intensité des retentissements fonctionnels.

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Incapacité de travail totale depuis le 28.09.2011, définitive.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

La capacité de travail est de 100% à terme, mais une incapacité de travail temporaire est justifiée actuellement en raison de l'épisode dépressif réactionnel dans le contexte d'une accentuation de certains traits de personnalité et de ressources faibles. Toutefois, la capacité de travail psychique sera de 100% dans un délai de trois mois, suffisant pour permettre au traitement actuel de déployer son effet clinique.

L'intervention de décompression n'a justifié qu'une incapacité de travail temporaire. Les discrets déficits neurologiques résiduels n'entraînent aujourd'hui que quelques nouvelles limitations fonctionnelles (pas de travail en hauteur, port de charge limité à 5 kg, pas de conduite de véhicule ou d'engin de chantier)

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout

Sans objet

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

La prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique actuelle, incluant un traitement psychotrope adapté, permettra une rémission

de l'épisode dépressif dans un délai de trois mois. Ce délai tient compte de l'accentuation de certains traits de personnalité et des faibles ressources. »

Ce rapport se base une consultation de rhumatologie effectuée le 19 février 2019 par la Dre V._____, une consultation de médecine interne du 21 février 2019 du Dr A._____ et sur une consultation de psychiatrie-psychothérapie faite le 19 février 2019 par le Dr H._____, dont il ressort notamment ce qui suit :

« **3.2 Entretien approfondi sur les thèmes suivants**

Affection actuelle

L'expertisé déclare que son syndrome douloureux est géré par ses traitements de physiothérapie et médicamenteux. La physiothérapie permet un effet positif pendant deux heures, après quoi l'expertisé doit prendre un traitement antalgique.

Sur le plan psychique, il déclare la présence de pleurs dès que sa femme quitte le domicile. Il est en retrait social et s'isole quotidiennement. Persistent des pensées suicidaires occasionnelles. Il reste préoccupé par ses douleurs et leur évolution. Il ne dort que grâce à ses traitements médicamenteux. Enfin, il mentionne qu'il intériorise ses émotions. (...)

Symptômes dépressifs

Humeur

Elle serait fortement déprimée en permanence depuis un an.

Energie vitale

Elle est fortement diminuée depuis un an.

Fatigue

Elle est intense et d'origine psychique depuis un an.

Intérêts

Ils sont absents depuis un an.

Plaisirs

Ils sont absents depuis un an. (...)

Autre(s) traitement(s)

L'expertisé a bénéficié d'un traitement de Citalopram 20 mg, 2 fois par jour depuis environ octobre/novembre 2018. L'effet a été légèrement favorable. Depuis le 01.02.2019, il bénéficie d'un traitement de Cymbalta 60 mg par jour, sans effet notable à l'heure actuelle sur son état psychique. Il bénéficie également d'un traitement de Trittico 100mg par jour le soir, depuis environ une année et de Tranxilium, 2 fois 10 mg par jour depuis environ trois à quatre mois. Le Trittico apporte un effet positif sur son sommeil et le Tranxilium apaise l'expertisé. (...)

6. DIAGNOSTICS

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

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

7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

7.1 Résumé de l'évolution personnelle, professionnelle, sociale et médicale actuelle

(...) Dès 2018, l'évolution de l'état psychique est défavorable. Le médecin traitant déclare un syndrome dépressif réactionnel dans le contexte du syndrome douloureux. L'expertisé lui-même rapporte assez clairement l'apparition d'un épisode dépressif d'intensité modérée selon la présente évaluation, tant du point de vue anamnestique qu'objectif.

Le Dr C. _____ dans son rapport d'expertise de janvier 2016 avait relevé un syndrome dépressif d'intensité modérée ne justifiant pas un diagnostic indépendant selon la CMI10. Toutefois, la situation s'est dégradée dès 2018 et les arguments en notre possession permettent de retenir un épisode dépressif réactionnel d'intensité modérée. Le médecin traitant indique un état dépressif en janvier 2018 mais n'en décrit pas les symptômes, les signes ou l'intensité. Il est possible que l'atteinte psychique initiale ait été un trouble de l'adaptation, puis

s'est aggravée en épisode dépressif moyen. L'expertisé rapporte d'ailleurs l'apparition du syndrome dépressif à six mois avant la date de l'expertise. En outre, l'introduction du traitement de Trittico et de Tranxilium ont apporté des effets favorables, tant sur le sommeil que sur les symptômes anxieux. Toutefois, le premier traitement de Citalopram, malgré une posologie de 40 mg par jour, n'a eu aucun effet sur l'état dépressif, alors que la durée du traitement était de plusieurs mois. A l'heure actuelle, il reçoit un traitement de Cymbalta 60 mg par jour depuis le 01.02.2019 et ne constate pour l'heure aucune modification.

L'apparition du syndrome douloureux et de l'épisode dépressif actuel s'inscrit 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 à l'heure actuelle avec son épouse. A l'exploration, nous n'avons pas retrouvé 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 Monsieur A.E. _____ 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. Ceci a également été relevé dans le rapport d'expertise psychiatrique de janvier 2016.

Les atteintes somatiques expliquent pleinement le syndrome douloureux malgré une démonstrativité et majoration plutôt légères, relevées durant les présentes évaluations somatiques. Nous savons qu'existe un conflit intériorisé lié à la colère que l'expertisé a nourri envers le premier médecin traitant. Toutefois, il n'y a pas d'autres éléments émotionnels liés à une situation psychosociale difficile ou à des conflits à l'époque de l'apparition du syndrome douloureux. Les éléments médicaux sont donc insuffisants pour retenir, de notre point de vue, un syndrome douloureux somatoforme. D'une part, il existe une atteinte somatique qui explique les douleurs. D'autre part, nous constatons qu'elles sont surtout légèrement majorées, ce qui ne suffit pas à évoquer une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ; l'intensité de la majoration est insuffisante, elle n'est même pas observée lors de l'évaluation psychique. De ce fait, nous mettons ce comportement de légères démonstrativité et majoration sur le compte de l'atteinte dépressive.

En résumé, l'expertisé a développé un syndrome douloureux persistant, avec une probable composante somatoforme, puis un épisode dépressif réactionnel d'intensité modérée depuis environ six mois dans le contexte d'une accentuation de certains traits de personnalité. Une nouvelle prise en charge psychiatrique s'est récemment organisée, le traitement psychotrope a été modifié depuis uniquement trois semaines. En outre, il est également prévu de renforcer la prise en charge par un suivi psychologique. Dans ce contexte, on peut estimer que l'impact d'une telle prise en charge, devenue lege artis, devrait permettre une rémission de l'épisode dépressif actuel.

7.2 Évaluation de l'évolution s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., pronostic

L'expertisé bénéficie d'une prise en charge psychiatrique depuis début 2019. Une prise en charge psychothérapeutique devrait débuter prochainement avec une psychologue du même cabinet.

Traitement

L'expertisé bénéficie actuellement d'un traitement de Cymbalta 60 mg par jour, de Tranxilium 2 fois 10 mg par jour et de Trittico 100 mg par jour. Un tel traitement psychotrope associe plusieurs molécules et d'ailleurs apporte un bénéfice certain au niveau du sommeil et de l'anxiété. Concernant l'antidépresseur, il est actuellement trop tôt pour se prononcer sur son effet. Nous avons effectué un dosage sanguin des différents traitements psychotropes qui indique une bonne compliance. À l'heure actuelle, il n'y a pas d'autre proposition thérapeutique. Ce traitement est adéquat, adapté et devrait permettre une rémission de l'épisode dépressif.

Réadaptation

Un processus de réadaptation peut être envisagé dans un délai de trois à six mois, permettant la rémission de l'épisode dépressif. Toutefois, il faudra tenir compte des traits passifs et dépendants de l'expertisé qui pourraient interférer avec un processus de réadaptation mais également des faibles ressources intellectuelles et psychiques de l'expertisé.

7.3 Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Il n'y a pas de problème de cohérence.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Les ressources sont faibles.

Ressources

Les ressources de base sont faibles. On doit relever un niveau d'intelligence dans les normes inférieures, une scolarisation limitée, des connaissances en français insuffisantes, l'absence de formation alors que l'expérience professionnelle s'est limitée à celle d'ouvrier dans la construction. Les ressources manuelles sont également limitées, puisque l'expertisé ne mentionne aucune capacité dans une quelconque autre tâche manuelle comme le bricolage. À l'heure actuelle, l'épisode dépressif réactionnel réduit temporairement les ressources.

Ressources personnelles

Sont réduites : l'aptitude à la communication, la capacité d'adaptation et flexibilité psychique, la capacité de prise de décisions ou de jugement.

Temporairement, l'épisode dépressif diminue également : 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.

Sachant que l'épisode dépressif peut encore évoluer favorablement, malgré les ressources, il est raisonnable de retenir une capacité de travail psychique de 100% dans un délai de trois mois.

Ressources externes

Elles sont actuellement réduites depuis l'apparition de l'épisode dépressif actuel, à savoir au moins depuis six mois. Néanmoins, elles devraient être temporaires, car l'épisode dépressif et réactionnel est susceptible d'être traité par le traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré.

8. REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT

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 ?

La capacité de travail est actuellement nulle. Par contre, on peut reconnaître que l'expertisé pourra assumer 8h/j dans un délai de trois mois.

- Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Dans un délai de trois mois, le rendement devrait être entier.

- A quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ?

Elle est nulle durant un délai de trois mois.

- Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?

Elle devrait s'améliorer et être entière dans trois mois. Ce délai est nécessaire pour obtenir un plein effet du traitement psychotrope associé à la prise en charge psychothérapeutique. Il tient également compte des faibles ressources.

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 ?

Il n'y a pas de limitation psychique.

- Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?

8h/j.

- 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 ?

Non.

- A 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 % ?

100%.

- Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?

Elle est stable.

8.3 Mesures médicales et thérapies ayant 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 ?

Oui.

- 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 ?

Le traitement psychiatrique et psychothérapeutique, associé aux psychotropes actuels, a été débuté récemment. Il devrait avoir un effet favorable sur l'épisode dépressif. Il n'y a donc qu'une incapacité de travail temporaire. Le traitement est exigible. Rappelons que l'expertisé est compliant (...) »

Par avis du 14 mai 2019, le SMR a estimé qu'il était nécessaire de demander un complément d'expertise psychiatrique afin que l'expert détaille l'évolution de l'état de santé de l'assuré après la prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique, détermine si des atteintes à la santé au plan psychiatrique persistaient et, dans l'affirmative, pose les diagnostics selon la CIM-10, fixe le taux de capacité de travail exigible dans une activité adaptée et précise l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 28 septembre 2011. Il a également précisé qu'il fallait demander aux experts rhumatologue et de médecine interne de bien vouloir préciser l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 28 septembre 2011.

Les Drs A. _____ et V. _____ se sont déterminés par courrier du 26 septembre 2019 comme il suit :

« (...) Tout d'abord, nous vous informons qu'un complément d'expertise psychiatrique avec le Dr. H. _____ est planifié le 26 novembre 2019. La partie psychiatrique de votre demande sera donc traitée lors de ce nouvel examen. Un rapport vous sera envoyé dans lequel vos questions ainsi que celles de l'avocat seront traitées.

Sur le plan de la médecine interne, la capacité de travail est restée entière depuis 2011 tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, sans perte de rendement.

Sur le plan rhumatologique, incapacité de travail complète dans l'ancienne activité professionnelle depuis le 28.09.2011 ; capacité de travail complète dans une activité adaptée depuis cette même date (comme d'ailleurs déjà relevé dans l'expertise du Polyclinique M. _____). L'aggravation notée par l'apparition de douleurs cervicales référées aux constatations d'une IRM cervicale du 29.12.2017 (discopathies débutantes C2-C3 et C3-C4 ; fissuration de l'anneau fibreux dans la partie médiane en C6-C7, sans hernie discale) ne change rien à cette évaluation, les troubles radiologiques constatés étant modérés et sans répercussion neurologique. Aggravation

dès le 18.02.2018 avec apparition de troubles moteurs déficitaires du membre inférieur droit, intervention le même jour pour un canal étroit avec bonne évolution, même s'il persiste des séquelles comme décrites dans l'expertise. On peut admettre que cet évènement et l'intervention le 19.02.2018 ont justifié une incapacité de travail transitoire depuis le 18.02.2018 à 3 - 6 mois post-intervention. »

Au cours d'un entretien avec l'assuré, l'expert H. _____ a, le 26 novembre 2019, ordonné son placement à des fins d'assistance au vu d'un « épisode dépressif sévère mélancolique avec des idées suicidaires (se jeter sous un train à Renens) permanentes. Le patient est déterminé, il affirme avoir décidé de se suicider prochainement. Il existe un risque auto agressif élevé. L'assistance ne peut être fournie d'une autre manière. »

A la suite de l'hospitalisation de l'assuré dans le Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier X. _____ du 26 novembre au 18 décembre 2019, le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et chef de clinique adjoint, a retenu le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques [ICD-10/F32.2] dans son rapport du 18 décembre 2019 dont il ressort notamment que :

« (...) *Anamnèse psychiatrique :*

Il s'agit de sa première hospitalisation en psychiatrie. Les premiers signes d'une symptomatologie dépressive (insomnie, perte d'appétit) sont apparus il y a une année. Son médecin traitant lui a prescrit d'abord du Trittico et l'a adressé à un confrère psychiatre le Dr N. _____ qui a ajouté du Cymbalta et du Tranxilium. (...)

Synthèse - Discussion et évolution

M. A.E. _____ a été hospitalisé en raison d'idées suicidaires et de menaces de passage à l'acte par projection sous le train, dans le cadre d'un syndrome dépressif sévère, et en exacerbation depuis plusieurs mois.

Durant les premiers entretiens, M. A.E. _____ évoque tout de suite un épuisement, un désespoir et un important sentiment d'injustice qu'il met spontanément en lien avec le conflit qui l'oppose à l'AI depuis presque 9 ans.

Nous rencontrons l'épouse de M. A.E. _____ à des fins d'exploration hétéro-anamnétique et d'aide à la compréhension de la crise. Mme B.E. _____ dit observer une péjoration de l'état de son mari depuis environ 1 an. Elle le décrit comme apathique, en repli, irritable, nerveux, le sommeil perturbé et verbalisant des idées noires et un sentiment d'inutilité. Selon elle, son époux se sent inutile, dépendant d'elle, et très en colère de cette situation. Elle rajoute que la voir elle très active participe à cette colère. Actuellement, Mme B.E. _____ travaille comme femme de ménage à 70 %. Elle nous apprend qu'elle a augmenté son taux il y a 5-6 mois en raison de leur précarité financière. L'augmentation de son taux d'activité implique par conséquent qu'elle soit moins présente auprès de son mari qui se sent, selon elle, triste et abandonné. Le peu de temps qu'elle passe à la maison lui sert surtout à se reposer. Leur intimité en souffre également, le

couple se confie sur la quasi-absence de rapports sexuels entre eux et la souffrance que cela provoque. Il ne craigne pas la séparation effective mais nous percevons que cela angoisse M. A.E. _____, même si son épouse tente de le rassurer durant l'entretien. (...)

Au vu de ces éléments, nous faisons l'hypothèse que M. A.E. _____ présente une importante blessure sur le plan narcissique en raison de ses problématiques somatiques et du handicap physique qu'elles représentent, mais aussi de leur impact sur l'harmonie de son couple. M. A.E. _____ souffre de l'éloignement tant physique qu'affectif de son épouse. Il focalise l'ensemble de son hostilité contre l'Al (objet dévalorisé et attaqué), ce qui lui permet de préserver l'amour qu'il a pour son épouse (objet idéalisé). De plus, M. A.E. _____ est un homme qui a travaillé depuis l'âge de 15 ans sur les chantiers et qui n'a jamais eu à dépendre de qui que ce soit. La valeur du travail est au centre de ses représentations et de sa construction identitaire, son inactivité depuis 2011 est par conséquent une atteinte narcissique massive. M. A.E. _____ se représente maintenant comme "un déchet". La non-reconnaissance de l'Al du handicap du patient, a provoqué chez lui un sentiment de rejet, de dénigrement, et lui refuse un statut narcissiquement acceptable aux yeux de la société et des institutions, selon ses représentations. Ce sentiment a été exacerbé par les menaces de non renouvellement du permis de son épouse.

Concernant le diagnostic psychiatrique, M. A.E. _____ présente une humeur abaissée avec des affects congruents, une mimique triste et les yeux souvent larmoyants. Il semble épuisé, il est ralenti sur le plan psychique et rapporte une symptomatologie qui confirme le diagnostic d'épisode dépressif sévère (tristesse, anhédonie, fatigabilité, perte de confiance en soi, sentiment de désespoir total, idées suicidaires fluctuantes, trouble du sommeil et perte d'appétit, trouble de la concentration), mais sans éléments psychotiques relevés. Nous retenons donc un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. (...)

Durant l'hospitalisation le patient évolue en effet très favorablement et les idées suicidaires diminuent rapidement. Il dit profiter de l'étayage et du soutien de l'équipe médicale et du recule que lui a apporté son séjour. Il se montre parfaitement collaborant et preneur du projet hospitalier. M. A.E. _____ bénéficie également d'une exploration ethnopsychiatrique par la Dre E. _____.

Durant nos entretiens médico-infirmiers, nous sommes frappés par le manque de compréhension de M. A.E. _____ sur sa propre situation concernant l'Al et la nouvelle expertise actuellement en cours. C'est pourquoi, nous prenons aussi beaucoup de temps pour clarifier les événements qui ont mené à une nouvelle expertise Al afin de lui expliquer le déroulement de l'expertise et ce qu'il peut en attendre, ce qui lui redonne aussi un sentiment de considération. Une meilleure compréhension de l'ensemble des éléments et des enjeux permet en effet à M. A.E. _____ de plus s'exprimer, de se positionner et de passer d'acteur passif qui subit à une position plus active. (...) »

Aux termes d'un complément d'expertise du 15 janvier 2020, l'expert H. _____ a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur (F32.3) et d'accentuation de certains traits de la personnalité (passifs et dépendants (Z73.1). Il a en outre précisé ce qui suit :

« 3.1. Indication fournies spontanément par l'assuré(e) »

D'emblée, l'expertisé affirme que sa femme l'a forcé à venir à la présente évaluation ; de son côté, il ne se sera pas déplacé, et ajoute, *c'est la fin de la vie*. Son psychiatre aurait voulu l'hospitaliser il a quelques jours, mais l'expertisé l'aurait refusé. A la question de savoir l'origine de l'aggravation psychique, l'expertisé répond, *si je vous parle, je resterai là toute la journée*. Après cette affirmation, l'expertisé reste silencieux, le regard dirigé vers le sol et dans le vide, continue à marmonner et répète *avec tout ce qui m'arrive je n'ai plus envie de vivre*. On comprend finalement que l'état psychique s'est dégradé progressivement, qu'il n'y a pas de fait précis supplémentaire. (...)

5. INFORMATIONS EVENTUELLES FOURNIES PAR DES TIERS (y c. médecins traitants)

Entretien téléphonique du 26.11.2019 avec le Dr N. _____, psychiatre traitant de l'expertisé

En raison de la gravité de l'état psychique lors de notre évaluation, du risque suicidaire, nous avons pris contact avec le psychiatre traitant. Le dernier entretien psychiatrique remonte à octobre 2019, il y a plus d'un mois. A cette époque, le psychiatre traitant n'avait pas constaté de risque suicidaire. Il confirme un état psychique fluctuant avec des périodes pendant lesquelles le syndrome dépressif a été plus important ainsi qu'un risque suicidaire passager ces derniers mois. Le traitement de Duloxétine a été augmenté à 90 mg par jour en août 2019.

Les éléments dépressifs objectivés lors de notre évaluation, les idées suicidaires scénarisées, par ailleurs, n'ont pas été relevées objectivement par le psychiatre traitant.

Ainsi, on peut considérer que l'état psychique de l'expertisé s'est nettement dégradé depuis sa dernière consultation psychiatrique chez son médecin traitant.

Le psychiatre traitant a été informé de la décision d'hospitaliser l'expertisé en PLAFA.

Il nous informe avoir envisagé la mise en place d'un traitement d'ergothérapie.

Entretien téléphonique du 26.11.2019 avec l'épouse de l'expertisé, Madame B.E. _____

Cet entretien a été réalisé par l'intermédiaire de l'interprète, l'épouse de l'expertisé n'étant pas en mesure de répondre clairement en français. Elle confirme l'aggravation dépressive ces dernières semaines, étant très inquiète quant à un risque suicidaire. Notons qu'elle a été informée de la décision d'hospitaliser l'expertisé en PLAFA.

6. DIAGNOSTICS

- Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur F32.3.

En février 2019, l'évaluation psychiatrique avait mis en évidence un épisode dépressif modéré avec syndrome somatique. Nous n'avons pas relevé d'antécédent psychiatrique au préalable ni retenu d'autre diagnostic notamment de trouble de la personnalité. A cette époque, l'expertisé avait commencé un traitement antidépresseur de Duloxétine 60 mg par jour depuis environ trois semaines. Nous avons

donc jugé qu'il était prématuré d'observer un effet antidépresseur. Depuis lors, l'expertisé décrit une aggravation progressive de son état psychique, Toutefois, le psychiatre traitant évoque une évolution marquée par un état dépressif fluctuant avec des épisodes plus graves notamment marqués par des idées suicidaires passagères.

Lors de notre évaluation, l'anamnèse met clairement en évidence un épisode dépressif sévère, tous les critères dépressifs étant retenus selon la CIM-10 en particulier les trois critères majeurs tous sévères. D'autre part, les idées dépressives sont clairement importantes, envahissantes, prenant une forme mélancolique. Aucune distance ne semble possible dans l'esprit de l'expertisé restant fixé sur ses éléments dépressifs. Par ailleurs, il a formulé clairement des idées suicidaires scénarisées de manière déterminée. L'expertisé a même anticipé qu'un tel projet suicidaire serait efficace et définitif en optant pour l'acte de se jeter sous un train. On remarque également le choix de la gare de Renens où l'expertisé a remarqué que des trains ne s'arrêtaient pas. Enfin, il est fixé sur ce projet.

Ainsi, le risque suicidaire est apparu très élevé au moment de notre évaluation, puisque l'expertisé a choisi un projet suicidaire violent, ayant pensé à l'avance la réussite d'un tel projet, ayant repéré un lieu géographique reconnu, affirmant avoir pris sa décision de mourir et même en le projetant prochainement tout en refusant de donner plus de précisions concernant la temporalité de cet acte.

Au status, nous observons avec évidence un état dépressif sévère. L'expertisé présente une humeur sévèrement déprimée, il est apathique, s'effondre en larmes à plusieurs reprises, étant également fortement abattu, ralenti et fatigable. En état de repli, il s'exprime très peu, d'une voix très faible, la pensée étant fixée à la fois sur des éléments dépressifs et suicidaires. D'autre part, il n'est pas possible de tenir une critique de ses pensées suicidaires. Le caractère mélancolique des idées dépressives, la fixation psychique, par ailleurs, relève d'une dimension psychotique congruente à l'humeur. Ainsi, par rapport à février 2019, l'état psychique s'est nettement dégradé vers un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

- Accentuation de certains traits de la personnalité (passifs et dépendants) Z73.1

7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

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

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.

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. (...)

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.

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

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.

8. REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT

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.

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.

- 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.

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

personnelles dans le contexte de l'accentuation de certains traits de personnalité.

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 :

« (...) 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

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 compilant 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 somatitiens 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 1^{er} novembre 2020. L'office a retenu

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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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. Subsidiairement, 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

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.

2. Le litige porte uniquement sur la question du début du droit à la rente, l'intimé estimant qu'il s'agit du 1^{er} 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 1^{er} 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

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 18^e 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

(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 prépondérante. 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

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

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.

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

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

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 1^{er} 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.

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.

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.

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

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 quotidiennes (cf. rapport du 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. 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

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

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 1^{er} 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).

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 1^{er} 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. 1^{bis} 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 RA) [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

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. 3^{bis} 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.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 8 avril 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2019.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat pour le recourant A.E._____, par 300 fr. (trois cents francs), et mis à la charge

de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud par 300 fr. (trois cents francs).

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à A.E._____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.
- V.** L'indemnité de Me Ana Rita Perez, conseil d'office du recourant, est arrêtée, après déduction des dépens précités, à 832 fr. (huit cent trente-deux francs), TVA et débours compris.
- VI.** La partie bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Ana Rita Perez (pour le recourant A.E._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours

constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :