

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 88 vom 12. Januar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-01-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__88

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 88 du 12 janvier 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 88 del 12 gennaio 2011

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 12

Quelles mesures d'instruction complémentaires préconiserez-vous? Réponse: Aucune". Dans son écriture du 20 avril 2010 faisant suite à l'envoi du rapport d'expertise du Dr W._____, l'OAI expose que l'expertise conclut à l'absence d'incapacité sur le plan psychique, rejoignant ses précédentes constatations. L'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Il produit en annexe un avis médical du Dr F._____, anesthésiologue au SMR, du 16 avril 2010, à la teneur suivante: "Le rapport d'expertise du Dr W._____ du 12.03.10 dénote un travail très complet et minutieux de l'expert. Celui-ci a pris connaissance en détail du dossier médical, a pratiqué un examen psychiatrique complet, accompagné de tests cliniques, a tenu compte des plaintes de l'assuré, a discuté point par point les diagnostics psychiatriques émis par les psychiatres ayant examiné l'assuré précédemment. Il présente de manière objective une situation médicale claire et propose des conclusions cohérentes. Nous adhérons aux conclusions de ce rapport d'expertise qui est convaincant". Dans ses observations du 25 mai 2010, le recourant, par son conseil, produit une prise de position du Dr N._____ du 16 mai 2010 sur l'expertise du Dr W._____ et indique s'y rallier intégralement. Il sollicite que l'expert soit réinterrogé de manière à déterminer s'il maintient ou non ses conclusions compte tenu des remarques de son confrère, le cas échéant en expliquant sa position. Le rapport du Dr N._____ précité a la teneur suivante: "Je vous transmets simplement que, dans cette expertise très complète, M. V._____ est certainement surévalué dans ses compétences tant professionnelles que sociales. Voici quelques points qu'éthiquement je me dois de vous transmettre: • Les diagnostics retenus par l'expert ne permettent pas de rendre compte autrement que sur le versant de la manipulation ou de la mauvaise volonté de la progressive dégradation et désinsertion sociale de M. V._____. Je ne partage pas cette appréciation qui relève plus de l'a priori que de la clinique. • L'expertise ne prend pas en compte les conséquences sociales, professionnelles et personnelles de la structure psychotique de M. V._____ qui est pourtant confirmée par des tests projectifs dès le 9 février 2000 (cf. p. 12). • Les observations cliniques faites selon le système AMDP (cf. p. 16) ne permettent pas de poser le diagnostic de structure psychotique; ni la CIM-10 d'ailleurs! Ces outils diagnostiques ne sont donc pas pertinents pour rendre compte de la situation clinique de M. V._____. • Les descriptions cliniques de l'expert entrent parfaitement dans le cadre d'un diagnostic de psychose paranoïaque (cf. p. 13, 14, 15, 22, 23). Dans la mesure où il existe une incroyance fondamentale envers l'Autre, l'absence de demande de traitement est classique dans la paranoïa. L'expert reconnaît d'ailleurs que M.

V._____ est un "homme proche de la normalité" (p. 22). Il faut choisir! • Je n'ai jamais "nié" une incapacité de travail dans mes rencontres avec M. V._____. En ce qui concerne mon suivi, il se situait encore dans la logique des entretiens préliminaires et de l'investigation d'où ma réserve et ma retenue dans l'établissement d'un certificat. En général, lorsqu'on me pose une question sur la capacité de travail durant cette phase d'évaluation, je renvoie à une expertise. • Finalement, selon mon appréciation des documents, le téléphone que j'ai eu avec M. V._____ ainsi que de l'évolution actuelle de la clinique et de sa situation sociale, je ne peux que m'orienter vers un diagnostic de psychose paranoïaque probablement déclenchée autour des années 1999-2000. Selon mon appréciation, si M. V._____ peut s'occuper à 100%, je pense que son rendement professionnel ne pourra guère dépasser un 50% en raison de ses troubles relationnels (très bien relevés dans l'expertise) qui sont la conséquence d'un trouble psychique réel et chronique". Par avis du 1^{er} juin 2010, la juge instructrice a prié le Dr W._____ de se déterminer sur le rapport du Dr N._____ du 16 mai 2010. Dans son complément d'expertise du 5 juillet 2010, le Dr W._____ a relevé ce qui suit: "1. Le diagnostic retenu de ma part est basé sur l'ensemble complexe entre l'anamnèse spontanée, anamnèse systématique, dossier médical, observations, sources extérieures et pondération différenciée. Ce que le Dr N._____ suggère comme "a priori" de ma part, à savoir une tendance manipulatrice de l'assuré, n'est pas issue de mon interprétation mais se trouve en fin de la lettre de sortie de la seule hospitalisation que j'ai pu obtenir. Les constats des médecins de l'époque se basent sur plusieurs semaines d'observation et de ses interactions avec les autres. De l'autre côté, il est vrai que j'ai attribué davantage (mais pas entièrement puisqu'il y a un diagnostic) la désinsertion sociale de M. V._____ à ses propres choix. A plusieurs étapes de sa vie après 2000, il y a eu des propositions d'insertion, mais lesquelles ont été déclinées de sa part. A un moment donné, il a cherché des alternatives personnelles, par exemple en prenant des cours de magnétisme, de naturopathie et des cours de massage. Ceci montre au moins "basiquement" la capacité d'entrer en contact si bon lui semble. Par ailleurs, l'assuré n'est pas du tout "désinséré", ce terme suggère indirectement une situation "SDF", mais M. V._____ maintient une vie sociale tout à fait correcte avec utilisation de véhicule privé, transports publics, achats pour les besoins de la vie, ainsi que l'organisation de ses loisirs. Il s'est dégagé donc pour moi, basées sur l'ensemble des données, l'image et la conviction d'un homme qui a fait des choix mais qui ne sont pas à confondre avec une maladie. Vivre ainsi à sa manière est sa propre nature solitaire dominante (mais pas exclusivement), n'est pas à confondre avec un état pathologique. 2. La question de la valeur des tests projectifs est toujours discutée dans le monde médical et psychiatrique. Leur validité est depuis longtemps mise en question en ce qui concerne l'application pour des fins diagnostiques en expertises médicales. Ils ont leur valeur primaire pour découvrir la structure de la personnalité cachée et pour donner un éclairage à la partie inconsciente de la personne. Ils partent toujours de la croyance que d'une manière non manipulée et avec les réponses spontanées aux dessins et photos présentés, le fonctionnement caché de la personne soit découvert. Or, cette croyance et les résultats restent souvent provisoires et doivent impérativement être corrélés avec la clinique. De ce fait, de nombreux confrères et Centre d'expertises, également le Tribunal fédéral, dans quelques positionnements, donnent la priorité aux observations cliniques, ainsi qu'aux informations quant au fonctionnement de la personne dans la réalité. Effectivement, nous nous trouvons dans la période actuelle dans une sorte de changement de paradigmes: les informations de la réalité, voire "de la psychiatrie de la réalité" prennent le dessus sur l'exploration du phantasmatique et de

l'inconscient en général. Ce changement est en cours depuis un bon moment et trouve son corrélat dans la relativisation (pas : abolition) de la psychanalyse face aux données biologiques et neuropsychiatriques. Cette différence d'approche me situe effectivement davantage dans la "psychiatrie de la réalité" et peut expliquer les divergences entre mon confrère et moi. 3. Effectivement, comme le Dr N. _____ le dit, la "structure psychotique" n'est pas un diagnostic et d'habitude non associée à un diagnostic ou maladie, voire maladie invalidante. S'il est juste que le système AMDP et la CIM-10 ne retiennent pas ce terme de structure psychotique, il existe néanmoins dans les deux systèmes de nombreux critères pour déterminer un dysfonctionnement type psychotique de la personne. Pour ce qui concerne le système AMDP, on trouve presque 40 points critères [...] avec des symptômes qui peuvent exister dans un dysfonctionnement lié à la psychose. Pour M. V. _____, il y avait ici trois points significatifs et en discussion. 4. Le Dr N. _____ établit ensuite le diagnostic de "psychose paranoïaque". C'est ici un véritable diagnostic qui figure aussi dans la classification CIM-10 et qui se présente de la manière suivante: [...] Il ressort ici pour nous clairement que les critères pour un tel diagnostic ne peuvent pas être retenus pour M. V. _____. Rappelons aussi que les moments "déliquants" chez lui étaient liés d'une part à une période où il consommait du cannabis, d'autre part dans un conflit de couple aigu, un éloignement où il était devenu interprétatif car on lui a retenu la vérité sur son fils adoptif. Plus tard il pouvait prendre distance et nous disait: " je ne pouvais pas le prouver ". On n'est donc nullement dans des idées délirantes continues. 5. Je prends note que le Dr N. _____ n'était à l'époque que dans des entretiens préliminaires, d'investigations, ce qui ne permettait pas de se prononcer sur la capacité de travail. 6. La situation sociale actuelle n'est pas en soi pathologique. Je renvoie ici aux différents commentaires que j'ai faits dans les points antérieurs. Les tendances narcissiques accentuées liées à la diminution des contacts sociaux sont un phénomène psychodynamique, d'ailleurs bien connu dans d'autres situations, mais il ne s'agit pas d'une maladie, voire maladie invalidante. Avec l'ensemble des éléments exposés, mon appréciation par rapport à la situation et le dossier n'est pas modifiée". Faisant suite à l'envoi de l'expertise complémentaire du Dr W. _____ du 5 juillet 2010, le recourant, par son conseil, produit le 18 août 2010 un rapport complémentaire du Dr N. _____ du 21 juillet 2010, auquel il déclare se rallier intégralement, qui relève ce qui suit: "1. Dans ce point, l'expert surévalue la capacité d'autodétermination du sujet en liant dans un rapport de causalité directe la "désinsertion sociale de M. V. _____ à ses propres choix" (p.1). Or, la structure psychotique de ce sujet – qui n'est pas contestée par l'expert (il conteste la validité des tests qui le diagnostiquent) – influe directement sur la manière qu'a ce sujet à se situer dans le monde, dans son rapport aux Autres et donc sur la manière qu'il a de prendre ses décisions. C'est également une erreur clinique classique d'interpréter les efforts – souvent maladroits – du sujet pour faire tenir son monde (ses convictions) face aux Autres (souvent vécus comme inquiétants) comme des tentatives de manipulation. 2. Sur la valeur des tests projectifs. Après 15 ans de pratique expertale pénale, asséurologique et civile, dont près de 9 ans passées comme responsable institutionnel, je n'ai jamais constaté qu'un test projectif, fait dans les règles de l'art, s'écartait d'un examen clinique minutieux. Par contre, j'ai observé régulièrement que les examens cliniques des personnes que je supervisais n'arrivaient pas à déceler la structure psychotique du sujet parce que nos jeunes psychiatres sont de moins en moins formés à les déceler, concentrés qu'ils sont sur les outils tels que l'AMDP, le CIM-10 ou encore le DSM-IV (qui ne sont que des points d'appui au diagnostic). Or, l'expert reconnaît lui-même dans ses lignes que ses outils ne lui permettent

pas de diagnostiquer une structure psychotique de la personnalité (p. 3). Pourtant, ce n'est pas parce qu'une structure psychotique se distingue d'une psychose déclenchée (cf. les catégories diagnostiques qu'a examinées l'expert) qu'elle n'a pas des conséquences cliniques délétères sur la personne. Je rappelle au passage que le type de psychose auquel je fais référence est ce que la littérature décrit et appelle: la psychose blanche, la psychose non déclenchée ou encore la psychose ordinaire. Je précise également que lorsque ces patients nous consultent, même s'ils ne présentent pas les symptômes florides classiques d'une psychose déclenchée (délires, hallucinations, etc.), nous les soignons comme des psychoses (y compris la médication). Dès lors, comment soutenir qu'ils ne sont pas malades alors que nous adressons nos notes d'honoraires à une caisse maladie? 3. Pas de commentaires. 4. Je maintiens mon diagnostic de psychose paranoïaque non déclenchée. 5. Il est exact que j'ai complété mon observation clinique pour apprécier la capacité de travail du sujet avec l'expertise du Dr W._____. 6. Je regrette beaucoup que ce patient ait à faire les frais d'une querelle d'école qui tend à faire oublier la clinique de désinsertion – non feinte – qu'il présente depuis de nombreuses années. Cette clinique est d'ailleurs reconnue par l'expert mais ce dernier la met en relation directe avec un libre choix de vie alors que je prétends au contraire que la position de ce sujet est déterminée, non pas par son libre arbitre, mais par la structure psychotique sous-jacente". Au vu des divergences entre l'appréciation des Drs W._____ et N._____, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un troisième psychiatre afin de départager les avis en présence. Dans son écriture du 20 août 2010, l'OAI produit un avis du Dr F._____ du SMR du 11 août 2010, à la teneur suivante: "Dans son courrier du 05.07.2010 au Tribunal Cantonal, le Dr W._____ répond point par point de manière détaillée, pertinente et claire à chaque critique émise par le Dr N._____, à la suite de quoi il maintient, à juste titre, son appréciation initiale. Nous n'avons rien à ajouter sur le plan médical. Nous relevons cependant que le Dr N._____ a traité l'assuré à partir du 13 août 2002, pour une durée que nous ignorons ; son dernier et unique rapport à l'AI date du 14.04.2003. Dans son courrier du 16.05.2010 à PROCAP, il mentionne que son suivi en est resté aux "entretiens préliminaires". La prise de position du Dr N._____ de mai 2010 résulte d'une analyse sur dossier mais ne fait pas état d'un examen clinique psychiatrique récent. Un tel rapport ne saurait avoir valeur probante et ses conclusions, tant en ce qui concerne le diagnostic que la capacité de travail ne peuvent pas être validées. En conclusion, les remarques du Dr N._____ ne remettent à notre avis nullement en question la pleine valeur probante de l'expertise judiciaire du Dr W._____, à laquelle nous nous rallions". L'OAI indique se rallier à cet avis du SMR, confirmer ses précédentes conclusions et proposer une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Par courrier du 26 août 2010 faisant suite à la correspondance du recourant du 18 août 2010, l'OAI indique que les éléments apportés ne sont pas de nature à remettre en causes ses conclusions précédentes, qu'il confirme. E n d r o i t : 1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi ne déroge expressément à la LPGA. b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et répondant en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. c) A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36)

s'applique au présent recours porté devant la Cour de céans, cette dernière étant compétente pour en connaître (art. 57 LPGA; 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant du refus d'une rente sans limitation dans le temps.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 c. 2c; 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le droit applicable au fond est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 446 c. 1.2.1; 129 V 1 c. 1.2; TF 9C_383/2010 du 21 juin 2010; TF 9C_852/2009 du 28 juin 2010 c. 5; TF 8C_48/2009 du 28 avril 2009 c. 4).

3. a) A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Aux termes de l'art. 7 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 c. 4c; TF I 188/06 du 12 avril 2007 c. 2.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.1). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 c. 4c; 102 V 165; TF I 188/06 du 12 avril 2007 c. 2.2). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant leg artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 c. 5.3; TF

9C_896/2007 du 31 décembre 2008; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.2). b) Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (cf. actuellement l'art. 28 al. 2 LAI, dont la teneur est identique), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4, 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 3c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, c. 4.2). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 c. 11.1.3; 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, c. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le ou les médecins traitant de l'assuré (médecin généraliste, psychiatre ou autre spécialiste), le juge prendra en considération le fait que ceux-ci peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; TF 4A_45/2007 du 12 juin 2007 c. 5.1; TF I 50/2006 du 17 janvier 2007 c. 9.4). Par ailleurs, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire; il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 124 I 170 c. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007 c. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43; TF 9C_191/2008 du 24 novembre 2008 c. 5.2.2, TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3). 4. En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité, prestation que lui refuse l'OAI dans la décision attaquée. Le recourant fait valoir en substance, en se fondant notamment sur l'expertise du 9 novembre 2004 des Dresses G._____ et R._____ de la Fondation de Nant et sur le rapport du 8 novembre 2005 du Dr Q._____, qu'il souffre d'une atteinte à la santé invalidante, que sa

capacité de travail a été inexistante pendant de nombreux mois et que si une capacité résiduelle devait certes exister en théorie, il n'a jamais été question d'une capacité entière.

a) D'un point de vue somatique, l'assuré a subi une intervention chirurgicale le 28 septembre 2005 en raison d'un séminome testiculaire droit avec invasion vasculaire. S'agissant d'un fait nouveau, l'OAI l'a instruit en sollicitant des rapports médicaux du radio-oncologue et de l'urologue du recourant. Le rapport du 28 mars 2007 du Dr S. _____ retient que l'état de santé de l'assuré, traité du 15 au 29 novembre 2005, est stationnaire, que l'examen clinique est normal, les marqueurs tumoraux dans la norme et que le CT-scan thoraco-abdominal réalisé le 4 décembre 2006 est normal également. De l'avis de ce médecin, le pronostic est bon, le risque de rechute extrêmement faible et l'activité exercée jusqu'à maintenant encore exigible, sans limitations fonctionnelles. Le Dr J. _____, dans son rapport du 18 avril 2007, estime également que le pronostic est bon, que l'activité exercée jusqu'à maintenant est encore exigible et que l'assuré ne présente pas de limitations fonctionnelles. Le Dr H. _____ du SMR retient lui aussi dans son avis médical du 19 octobre 2007 que le diagnostic de status après séminome testiculaire n'influence pas la capacité de travail du recourant. Le Dr Q. _____, médecin traitant, confirme dans son rapport du 4 décembre 2007 que l'évolution sur le plan oncologique est actuellement tout à fait favorable. Il y a ainsi lieu de considérer que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante sur le plan somatique.

b) Sous l'angle psychique, le Dr N. _____, psychiatre traitant, recommandait dans son rapport du 14 avril 2003 la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Le Dr Q. _____, médecin traitant, relevait quant à lui dans son rapport du 25 juin 2003 que la problématique majeure chez son patient était un état psychiatrique. Conformément à l'avis du SMR du 17 février 2004 qui confirmait la nécessité d'une expertise, l'OAI a confié le soin de réaliser une expertise psychiatrique aux Dresses G. _____ et R. _____ de la Fondation de Nant. Dans leur rapport du 9 novembre 2004, ces dernières ont relevé que l'assuré demeurait vulnérable sur le plan psychique mais qu'il pouvait selon elles accéder à une reprise professionnelle partielle, probablement à 50%, et qu'il possédait une capacité de travail résiduelle, l'intéressé étant partiellement capable de s'adapter à un environnement professionnel. La psychologue X. _____, à la suite de tests psychologiques, a conclu dans son rapport du 9 février 2005 que l'assuré présentait un niveau intellectuel inférieur à la moyenne, le situant dans la zone des sous-doués, en ajoutant qu'il pouvait théoriquement exercer une activité professionnelle non qualifiée, sous réserve d'un risque de relations sociales et professionnelles très facilement conflictuelles. Dans son rapport médical du 28 avril 2005, la Dresse D. _____ du SMR a relevé que l'assuré ne présentait ni dépression, ni anxiété généralisée, et que l'on se trouvait en présence d'un trouble de la personnalité qui n'était pas une maladie psychiatrique invalidante, la capacité de travail demeurant entière dans les précédents emplois de l'assuré. A l'appui de son opposition, l'assuré a produit un rapport médical du 8 novembre 2005 du Dr Q. _____ selon lequel il présentait un trouble de la personnalité de type schizoïde avec des traits de caractère dépendants et des troubles psychiques qui influençaient de façon importante sa capacité de travail pour une durée indéterminée, ce que ce médecin a rappelé dans son rapport médical du 4 décembre 2007 dans lequel il suggérait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Or dans un avis médical du 10 juillet 2006, la Dresse D. _____ observait que le trouble de la personnalité de l'assuré ne l'avait pas empêché de travailler de manière stable. Dans ce contexte, la juge instructrice a considéré qu'il était nécessaire d'effectuer une expertise psychiatrique. Le Dr W. _____ a alors été désigné en qualité d'expert psychiatre. Cet expert a constaté que l'assuré avait

vécu un trouble d'adaptation dans le passé, qui s'était déroulé approximativement entre 1999 et 2002 puis avait été résorbé une année après le divorce [ce dernier étant intervenu en 2001]. De l'avis de l'expert, l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique par la suite et il pouvait assumer théoriquement d'un point de vue psychique toutes les activités accessibles avec ses formations et expériences, disposant de capacités d'adaptation suffisantes. Dans son avis du 16 avril 2010, le Dr F. _____ du SMR a adhéré aux conclusions de ce rapport d'expertise. L'expertise psychiatrique du 12 mars 2010 du Dr W. _____ comporte une anamnèse détaillée et une description circonstanciée des plaintes du recourant, procède d'une étude approfondie, comporte des observations et une discussion motivée sur le diagnostic retenu et ses conséquences sur la capacité du recourant à reprendre une activité lucrative. Elle se base ainsi sur une appréciation du cas claire et comporte des conclusions dûment motivées, exemptes de contradiction et convaincantes. L'expert s'est du reste fondé sur la CIM-10 pour déterminer l'existence de diagnostics sur le plan psychiatrique, soit sur les critères d'un système de classification reconnu. Partant, cette expertise a valeur probante, au sens de la jurisprudence résumée ci-avant (cf. c. 3a et 3c supra). Le Dr N. _____, ancien psychiatre traitant, a examiné l'expertise établie par le Dr W. _____ et a établi une prise de position la concernant le 16 mai 2010, par laquelle il a notamment contesté la position de l'expert au sujet des diagnostics et de leur incidence sur la capacité de travail. Le recourant ayant requis que l'expert soit réinterrogé de manière à déterminer s'il maintenait ou non ses conclusions compte tenu des remarques de son confrère, le Dr W. _____ a été prié de se déterminer sur la prise de position du 16 mai 2010 du Dr N. _____. Dans son complément d'expertise du 5 juillet 2010, l'expert s'est longuement exprimé sur les points soulevés par le Dr N. _____. Il a en particulier rappelé ce qui l'avait conduit au diagnostic retenu ainsi que les raisons pour lesquelles le diagnostic de psychose paranoïaque ne pouvait être retenu. Le Dr W. _____ a confirmé que son appréciation par rapport à la situation n'était pas modifiée, de sorte qu'il a maintenu son avis malgré les arguments de son confrère. Le Dr N. _____ a encore formulé diverses critiques à l'encontre du rapport d'expertise complémentaire du Dr W. _____ dans un rapport du 21 juillet 2010, maintenant son diagnostic de psychose paranoïaque non déclenchée. La différence d'appréciation de ces psychiatres résulte pour l'essentiel d'une approche différente au niveau des outils diagnostiques. Le Dr W. _____ se base sur les critères de la CIM-10 – soit un système de classification reconnu, selon la jurisprudence (ATF 130 V 396 c. 6.1; TF I 299/06 du 4 avril 2007; TFA I 472/04 du 22 février 2006) – alors que le Dr N. _____ critique cette méthode, dès lors que la structure psychotique n'est selon lui pas décelable. Or le Dr N. _____ ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Il y a ainsi lieu de considérer que l'avis divergent de ce praticien, ancien psychiatre traitant du recourant qui ne paraît au demeurant plus le suivre dans la mesure où il ressort du rapport d'expertise que l'assuré a arrêté le suivi psychiatrique et psychothérapeutique depuis longtemps (" Je parlais pendant une heure..., il n'y avait pas de partage..., ma détresse n'était pas comprise..., avec Zyprexa je n'étais plus moi-même..., j'ai stoppé... "), n'apparaît pas propre à remettre en cause l'expertise du Dr W. _____ et son complément du seul fait de telles opinions contradictoires (cf. consid. 3c supra). On ajoutera à cela que, comme l'a relevé le Dr F. _____ dans son avis du 11 août 2010, la prise de position du Dr N. _____ résulte d'une analyse sur dossier mais ne fait pas état d'un examen clinique psychiatrique récent. c) Au vu de l'absence d'atteinte sur le plan

somatique, d'une part, et au vu des constatations médicales de l'expert W._____, d'autre part, il y a ainsi lieu de considérer que le trouble de l'adaptation présenté par l'assuré a été résorbé une année après le divorce [ce dernier étant intervenu en 2001] et qu'il n'y a plus d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique depuis lors. En conclusion, force est de retenir – à l'instar de la décision attaquée – que la capacité de travail du recourant reste entière tant dans sa précédente activité que dans toute autre activité. 5. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 c. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 c. 4b; 122 V 157 c. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 3.2 et les références citées). En définitive, la décision sur opposition querellée échappe à la critique. Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 6. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPA-VD, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPG; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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