

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2014 / 312 vom 16. Juni 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-06-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2014\\_\\_312](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__312)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2014 / 312 du 16 juin 2014

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2014 / 312 del 16 giugno 2014

### Regeste

RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, EXPERTISE PSYCHIATRIQUE, FORCE PROBANTE, RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 17 LPGA, 8 LPGA, 88a RAI, 88bis RAI

### Erwägungen

#### E. 16

juin 2014 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Neu Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Küng, assesseurs Greffière : Mme Monod \*\*\*\*\* Cause pendante entre : S. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Isabelle JAKUES, avocate, à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 et 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 48 al 2 aLAI ; art. 87 et 88a aRAI. E n f a i t : A. S. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant suisse et français né en 1964, a effectué sa scolarité obligatoire en France et n'a acquis aucune formation professionnelle spécifique. Il a déployé diverses activités lucratives dès 1981, notamment en tant que moniteur de ski, décorateur, chauffeur-livreur et manœuvre, ainsi qu'en qualité d'indépendant dans le domaine de la vente. Il s'est installé durablement en Suisse en novembre 1989 des suites de son mariage avec une Suissesse dont il s'est séparé en octobre 2006. Dans l'intervalle, il a été engagé à partir du 1<sup>er</sup> décembre 1998 au titre de chauffeur privé par la société P. \_\_\_\_\_ SA pour un revenu annuel de 54'600 fr., ayant cependant communiqué sa démission à cet employeur avec effet au 31 décembre 1999. B. Par dépôt du formulaire ad hoc le 4 avril 2000, il a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). La Dresse H. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a complété un rapport médical initial à l'attention de l'OAI le 14 mai 2000, faisant état de la prise en charge psychothérapeutique de l'assuré depuis juillet 1997. Elle a indiqué que son patient souffrait d'un « état dépressif chez une personnalité limite » et d'un « trouble de la lecture et de l'expression écrite » sans toutefois attester d'incapacité de travail en lien avec ces problématiques. Elle a en outre précisé ce qui suit : « [L'assuré] souffre d'un état dépressif chez une personnalité du registre des états-limites. Si jusqu'[à] il y a quelques années il avait réussi à se débrouiller, les conditions conjoncturelles l'ont empêché de trouver du travail soit en raison de ses troubles des acquisitions scolaires, soit en raison de sa difficulté à accepter les contraintes et les aspects négatifs de la réalité extérieure. [...] Il me paraît important d'évaluer la situation de ce patient qui risque de chronifier sa dépression en raison de sa difficulté à trouver et garder une place, gêné par ses troubles intellectuels et de personnalité. » Vu ces éléments, la Dresse R. \_\_\_\_\_, médecin au sein du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a préconisé un examen psychiatrique de l'assuré dans un avis du 10 septembre 2001 aux fins d'évaluation de l'impact des pathologies décrites sur la

capacité de travail. Cet examen a été effectué par le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du SMR, en date du 15 janvier 2002, lequel a établi le rapport corrélatif le 16 janvier 2002. Au terme d'une anamnèse personnelle et psychosociale, il a fait état de ses observations cliniques et retenu les diagnostics de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), chez une personnalité émotionnellement labile à traits schizo-typiques » et de « troubles de la lecture et de l'expression écrite ». Il a communiqué son appréciation en ces termes : « Marqué durant son enfance par le divorce de ses parents et par un important trouble de la lecture et de l'expression écrite, qui l'a handicapé dans sa formation scolaire, l'assuré a vécu en marge de sa famille, de manière solitaire et sans personne pour le guider. Il développe ainsi une personnalité émotionnellement labile, qui l'amène à se suradapter aux personnes qu'il rencontre au point de ne plus les supporter et de finir par rompre le contact. Sa vie professionnelle est marquée par cette attitude, l'assuré quittant ses emplois les uns après les autres. La tentative d'exercer une activité indépendante, comme la gestion d'une boutique à [...], se heurte à un échec qui est douloureusement vécu par l'assuré. Ce dernier présente durant la période de chômage un profond état dépressif, signant la fragilité de sa personnalité. Il réussit néanmoins à rebondir, trouvant un travail comme chauffeur professionnel au P. \_\_\_\_\_ SA, puis dès le mois de juillet 2000, comme agent de maintenance chez B. \_\_\_\_\_ SàrL. Si l'assuré a été jusqu'à maintenant capable de retrouver une activité professionnelle et ne semble pas nécessiter de ce fait l'intervention de l'AI, la fragilité de sa personnalité, combinée à ses graves problèmes dyslexiques et dysorthographiques, lui fait courir le risque d'une nouvelle décompensation dépressive, susceptible d'amener à la réouverture de son dossier. » La Dresse R. \_\_\_\_\_ a produit son avis final le 16 janvier 2002 sur la base de l'analyse ci-dessus, ne retenant aucune pathologie susceptible de se répercuter à ce stade sur la capacité de travail de l'assuré. Partant, en date du 22 janvier 2002, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de mesures d'ordre professionnel, en l'absence d'invalidité, lequel a été repris à l'identique dans une décision du 4 mars 2002, entrée en force. C. Les rapports de travail avec B. \_\_\_\_\_ SàrL ayant pris fin en juillet 2004 par suite de démission, l'assuré a bénéficié des prestations de l'assurance-chômage jusqu'en janvier 2006 et s'est trouvé en incapacité totale de travail au motif de maladie dès décembre 2005. En date du 15 mai 2006, il a été victime d'un accident de la circulation, lequel a entraîné son hospitalisation durant plusieurs mois et une nouvelle incapacité totale de travail, alors qu'il s'apprêtait à être réengagé en tant que chauffeur à plein temps par la société P. \_\_\_\_\_ SA à compter du 1<sup>er</sup> juin 2006 pour un revenu mensuel de 5'600 francs. D. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 12 février 2008, sollicitant une orientation professionnelle et une rente d'invalidité. Il a mentionné une problématique psychique, à savoir une « dépression » et un « syndrome hyperactif », ainsi que des « troubles locomoteurs » consécutifs à un accident, indiquant se trouver en incapacité de travail depuis décembre 2005. A la demande expresse de l'OAI, dans le contexte de l'examen de l'entrée en matière sur sa seconde requête de prestations, l'assuré a fait parvenir un rapport du 6 mars 2008 de son psychiatre traitant, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a évoqué les diagnostics de « trouble dépressif majeur récurrent (F33.2) », de « trouble de déficit de l'attention, hyperactivité, de type mixte (F90.0) depuis l'enfance » et de « trouble de la personnalité non spécifié (F60.9) avec traits évitants, dépendants et paranoïaques dès l'adolescence ». Il a en outre souligné les éléments cités ci-après : « [...] Il n'a pas été capable de travailler depuis le 9 décembre 2005, une amélioration en 2006 qui permettait

d'espérer une reprise a été anéantie par un accident de la circulation. Il en garde des séquelles physiques et malgré une irresponsabilité reconnue il n'a pas encore été indemnisé. [...] » Aux termes d'un rapport médical initial complété le 19 août 2008, ce spécialiste a en outre émis un pronostic réservé du fait des « idées suicidaires persistantes » de son patient et énoncé au titre de limitations fonctionnelles psychiques « inhibition, asthénie, difficulté de concentration, irritabilité, tendance importante à l'isolement » imposant une incapacité totale de travail en l'état. Il a par ailleurs joint à ce rapport les informations substantiellement identiques, communiquées à la M. \_\_\_\_\_ SA, assureur de responsabilité civile intervenant consécutivement à l'accident du 15 mai 2006. La Dresse H. \_\_\_\_\_ a pour sa part signalé, le 4 septembre 2008, ne plus assumer le suivi de l'assuré depuis décembre 2001 et a joint à toutes fins utiles un tirage de son rapport du 14 mai 2000, précédemment adressé à l'OAI, ainsi qu'un rapport d'examen psychologique de son patient réalisé en date du 3 août 1998 par Madame V. \_\_\_\_\_, psychologue. Ce dernier document révèle notamment des dysharmonies importantes au niveau des tests de quotient intellectuel (QI). L'assuré a fait parvenir à l'OAI un tirage du rapport d'expertise élaboré le 29 octobre 2008 par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur mandat de la M. \_\_\_\_\_ SA. Cet expert a retenu les diagnostics de « trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen) (F.33.1) », « trouble déficit de l'attention/hyperactivité (ADHD) (F90.0) » et de « trouble mixte de la personnalité ». Il s'en explique comme suit : « [...] Observation L'assuré se présente comme un homme d'allure sportive qui d'emblée se montre un peu irritable et opposé. La collaboration est au départ minimale. Les choses changent en cours d'entretien et, pour finir, les conditions d'évaluation sont tout à fait correctes. L'assuré est orienté dans le temps et dans l'espace. Il est parfaitement vigile. Il ne présente pas de troubles attentionnels et mnésiques. Il n'y a rien pour un déficit praxique ou gnosique. Jugement et raisonnement sont parfaitement fonctionnels d'un point de vue neuropsychologique. Il n'y a pas de troubles du langage. Bref, le status permet de réfuter sans autre une affection cérébro-organique. [L'assuré] est le plus souvent tendu. Il paraît triste. Il présente un certain degré de ralentissement, sans plus. La tonalité générale de l'humeur est basse. Il n'y a pas d'indice pour un délire. Il n'y a pas de signes indirects d'hallucinations. Le cours de la pensée est normal. Les associations d'idées sont bonnes. L'atmosphère est néanmoins nettement paranoïde. L'assuré réagit au quart de tour. Il paraît vivre le monde et les autres comme menaçants ou hostiles et se sent vite attaqué. [...] Appréciation diagnostique L'évaluation psychiatrique actuelle permet de récuser les troubles psychiatriques spécifiquement observés après un événement traumatique. Il n'y a en particulier rien pour un état de stress post-traumatique. On est au-delà d'un trouble de l'adaptation au vu de la longue durée des troubles, du fait qu'ils existaient avant l'accident et qu'ils sont suffisamment marqués pour rejoindre les critères d'un trouble spécifique (épisode dépressif). Il n'y a pas non plus d'argument pour une affection cérébro-organique. L'évolution dans les suites de l'accident du 15.05.2006 a été essentiellement faite d'une aggravation d'un état antérieur. Pour le soussigné, la constellation diagnostique ne s'est pas modifiée. Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (ADHD) [...] Les critères de UTAH pour l'ADHD de l'adulte retiennent l'hyperactivité motrice (nervosité, incapacité à se détendre), le déficit de l'attention (incapacité à suivre une conversation, à se concentrer, oublis), la labilité affective, le tempérament explosif (réponse facile à la provocation, irritabilité constante), l'intolérance au stress, le manque d'organisation (mauvaise gestion du temps) et l'impulsivité. Dans le cas présent, l'hyperactivité motrice est évidente. Le sujet est constamment tendu et nerveux. L'irritabilité ne fait pas de doute. L'impulsivité est

manifeste en cours d'entretien. Le sujet tend à devancer la réponse aux questions. La communication en est parfois difficile. L'impression clinique et l'histoire de l'assuré (difficultés scolaires) vont dans le sens de ce que décrit le tableau clinique d'ADHD. Le médecin psychiatre traitant confirme la nette amélioration avec l'introduction des médicaments appropriés (Ritaline, Concerta). On peut dès lors admettre que ce sujet peut être décrit par le trouble déficit de l'attention/hyperactivité, même si le soussigné continue à s'interroger sur la validité de cette entité diagnostique chez l'adulte, L'hypothèse de séquelles d'une psychose infantile (dyslexie, difficultés scolaires), par exemple, ne peut être formellement écartée.

**Trouble dépressif majeur** Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des troubles affectifs qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur. Les troubles bipolaires et dépressifs majeurs sont les maladies les plus graves. La dysthymie et la cyclothymie caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail à elles seules. Dans le cas présent, on a manifestement des éléments dépressifs, même si la symptomatologie ne vient que lorsqu'elle est explicitement recherchée. Le sujet est triste et présente une baisse d'intérêt qui est présente la plupart du temps tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois. Ces symptômes constituent les deux critères cardinaux du DSM-IV-TR pour l'épisode dépressif. On a par ailleurs les idées de mort, les difficultés à penser et à se concentrer, la fatigue, la fatigabilité, la perte d'énergie et l'insomnie. Bref, on a suffisamment d'éléments pour retenir un épisode dépressif, selon les ouvrages de référence. L'impression clinique est celle d'un état actuel moyen à léger, ce qui est d'ailleurs confirmé par le résultat de l'échelle de l'évaluation de la dépression de Hamilton (17 items) en date du 15.10.2008. L'histoire de l'assuré va dans le sens d'une récurrence avec des épisodes antérieurs qui sont apparemment passés par des périodes de rémission probable. Il n'y a rien pour des phases maniaques ou hypomaniaques, d'après les informations à disposition. On peut donc récuser le trouble bipolaire. Au vu de ce qui précède, on est en droit de poser aujourd'hui un diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen).

**Trouble de personnalité** Dans les classifications psychiatriques modernes, un trouble de la personnalité se définit comme un mode de comportement durable qui apparaît au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui provoque une souffrance et/ou un dysfonctionnement significatifs. Il doit par conséquent être distingué des concepts de caractère, de tempérament, de traits, d'organisation et de structure de personnalité qui ne sont pas assimilables à un trouble psychiatrique. [...] Dans le cas présent, on a manifestement les critères généraux d'un trouble de personnalité, même si une part de l'instabilité de cet assuré pourrait aussi relever de ce que décrit l'ADHD. L'expertisé a été peu stable depuis les débuts de l'âge adulte. Il y a des indices de souffrance psychique depuis la même époque. Le sujet paraît mal adapté dans la société et son comportement s'écarte tout de même des normes usuelles, La recherche d'un sous-type spécifique de trouble de personnalité fait retenir les traits paranoïaques. Le sujet tend à être méfiant. Il peine à pardonner, tendant plutôt à être rancunier. Il a un sens tenace et combatif de ses propres droits légitimes qui paraît disproportionné. Il paraît exagérément sensible à l'injustice. Le médecin psychiatre traitant retient à juste titre d'autres traits pathologiques relevant de la personnalité évitante ou anxieuse (sentiment permanent de tension et d'appréhension, crainte d'être critiqué dans les situations sociales) et de personnalité dépendante (difficulté à prendre des décisions sans s'appuyer sur autrui). En l'état, on n'a pas, selon le soussigné,

les critères d'un sous-type spécifique de trouble de personnalité. On en a pourtant les caractéristiques générales. Dans ce cas particulier, il convient de suivre la CIM-10 et de retenir un diagnostic de trouble mixte de la personnalité. Appréciation asséurologique

Capacité de travail En ce moment, on peut admettre que cet assuré soit incapable de travailler. Ses incapacités proviennent du trouble dépressif : incapacité à penser, à se concentrer, perte d'intérêt, perte d'énergie et conséquences de l'insomnie, Elles peuvent aussi relever de ce que décrit l'ADHD : déficit de l'attention, intolérance au stress, difficultés d'organisation. Ce qui domine pourtant le tableau clinique relève de comportements potentiellement inappropriés. Il s'agit d'une impulsivité marquée. Il s'agit d'une irritabilité importante. Il s'agit d'une intolérance à l'échec et à la critique. Il s'agit d'une perception du monde et des autres comme exagérément hostiles et malveillants. En l'état actuel, ce sujet pourrait être difficile à supporter dans le monde normal du travail. On voit mal comment cet assuré pourrait être intégré dans une équipe ou dans une organisation, au vu de ce qui a été constaté lors de la présente évaluation. Pour le soussigné, l'incapacité de travail psychiatrique peut être estimée à 70% au moins. Si on se réfère à ce que rapporte le médecin psychiatre traitant, cette incapacité de travail de 70% au moins remonte au mois de décembre 2005. Elle est vraisemblablement restée constante depuis là, même s'il est toujours hasardeux de se prononcer après coup. Comme l'incapacité de travail repose essentiellement sur un trouble de personnalité et sur ce que décrit l'ADHD, le pronostic n'est pas bon. Il est possible qu'on évolue vers une situation fixée pour une longue durée, voire définitivement fixée. [...] Conclusions En conclusion, l'assuré est un homme de 44 ans, divorcé, père d'un nouveau-né dont il s'occupe comme homme au foyer, l'épouse travaillant à l'extérieur. Les antécédents sont faits d'une souffrance psychique significative et d'une certaine instabilité depuis les débuts de l'âge adulte. Ces faits peuvent s'expliquer par ce que désigne le trouble déficit de l'attention/hyperactivité. Ils reposent surtout sur un trouble mixte de la personnalité, la question de séquelles d'une éventuelle psychose infantile restant ouverte. Cet homme a su fonctionner sans déficit grave jusqu'à la fin des années 90, d'après les informations à disposition. Depuis là, les troubles psychiques se sont considérablement aggravés. L'accident du 15.05.2006 est survenu sur un état antérieur. Au vu de ce qui précède, le soussigné fixe le retour au statu quo sine à la date du 31.05.2007. Le sujet garde certes des ressources. Il tient son foyer. Il s'occupe apparemment à satisfaction de son enfant. Il peut conduire. Il peut effectuer correctement les démarches administratives que suppose sa situation actuelle. On peut dès lors exiger de lui qu'il travaille à 30% dans son activité antérieure de technicien. Le trouble dépressif et l'ADHD engendrent un certain nombre de limitations qui se dégagent de ce qui a été rapporté plus haut. Le trouble mixte de la personnalité et l'ADHD, dans une certaine mesure, engendrent des problèmes comportementaux et des difficultés relationnelles qui seraient probablement difficilement acceptables dans le monde ordinaire du travail. Pour ce motif, le soussigné retient une incapacité de travail qu'il chiffre à 70% au moins. [...] Sur le plan professionnel, des mesures sont bien évidemment souhaitables chez un sujet jeune qui n'a pas de limitations physiques significatives, au vu de l'appréciation du neurologue et du chirurgien orthopédique. Une réadaptation n'a guère de sens chez un homme polyvalent qui a su s'adapter à de nombreux emplois. Une aide au placement serait par contre souhaitable. Elle devrait viser un poste de travail évitant l'activité en équipe et les contraintes d'une grande organisation. L'assuré rencontre des difficultés majeures dans ses relations interpersonnelles et fonctionne certainement mieux dans des activités lui laissant une grande autonomie. Il n'est pas exclu qu'en procédant par paliers très progressifs, il soit

finalement possible de réintégrer tant soit peu ce sujet dans le monde normal du travail pour une durée significative. [...] » Dans un avis du 10 décembre 2008, le SMR, soit le Dr J. \_\_\_\_\_, a décidé de la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique de l'assuré, confiée au Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin de déterminer si une aggravation de l'état de santé de l'assuré était avérée depuis 2002 et de fournir une estimation de la capacité de travail, ainsi que le descriptif des limitations fonctionnelles présentées. Le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie en charge de l'assuré, a dans l'intervalle adressé à l'OAI un rapport médical initial le

#### **E. 17**

décembre 2008, où il a repris pour l'essentiel les diagnostics posés précédemment par ses confrères, de même que les limitations fonctionnelles évoquées sans toutefois préciser un degré d'incapacité de travail. En date du 15 mai 2009, le Dr W. \_\_\_\_\_ a communiqué son rapport d'expertise après avoir pris connaissance du dossier constitué par l'OAI et s'être entretenu à trois reprises avec l'assuré. Ayant relaté les éléments pertinents de l'anamnèse, les plaintes de l'assuré et ses observations cliniques, ce praticien a conclu que les diagnostics de « perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) » et de « traits pathologiques de personnalité (traits paranoïaques, dépendants et évitants) » étaient susceptibles d'influer sur la capacité de travail. En revanche, celui de « trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission » restait sans incidence sur dite capacité. Il a par ailleurs observé ce qui suit : « [...] 3. Constatations objectives (status clinique) L'assuré s'est présenté à l'heure à nos rendez-vous, il s'est montré coopérant, son hygiène et sa tenue vestimentaire étaient soignées, il était orienté à tous les modes, sans troubles de la vigilance. Il n'a pas montré de signes d'anxiété ou d'impatience durant les entretiens ; il était euthymique, avec une modulation affective adéquate et une bonne réactivité émotionnelle. Le cours de la pensée était perturbé. Le discours était logorrhéique et digressif, interrompu par de nombreuses pauses, parfois même par des barrages. L'assuré perdait le fil de son propos, il répondait à côté, s'égarait dans des détails et souvent il était très confus dans ses explications. De plus, le débit du discours était précipité, il articulait mal, ce qui rendait parfois son élocution difficile à comprendre. De manière générale, il a des difficultés aussi bien à comprendre autrui qu'à s'en faire comprendre. Il n'a pas présenté de signes ni rapporté de symptômes de la lignée psychotique. [...] 5. Appréciation du cas et pronostic L'assuré a eu une scolarité perturbée par des troubles de l'acquisition de la lecture et de l'écriture, et il n'a de ce fait pas été capable d'acquérir une formation professionnelle. Ces troubles relèvent d'un TDA-H diagnostiqué tardivement, comme c'est encore souvent le cas. Ils ont affecté son développement psycho-affectif (conjointement à d'autres facteurs, tels que le divorce des parents) et sont certainement la cause première du sentiment de rejet qu'il a éprouvé dès l'enfance, du déficit de compétences relationnelles et du manque d'assise narcissique aujourd'hui encore cliniquement décelable, se traduisant par une vulnérabilité affective et une estime de soi fragile. Il a connu plusieurs épisodes dépressifs (en 1997, 2006 et 2008), ce qui justifie le diagnostic de dépression récurrente. Ce trouble est actuellement en rémission complète et n'a pas d'influence permanente sur la capacité de travail. Mentionnons que l'assuré n'a jamais eu de comportements délictueux, ni de consommation d'alcool ou de drogues. B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique, il n'existe à notre connaissance pas de limitations. Au plan psychique et mental, il y a des limitations importantes. Certaines sont liées aux carences de l'assuré dans le domaine de la lecture et de l'écriture, d'autres aux difficultés rencontrées dans la relation à autrui,

elles-mêmes dues à des problèmes de communication et même de compréhension, à sa fragilité narcissique et à sa vulnérabilité ; d'autres limitations encore sont en relation avec des symptômes persistants du TDA-H, en particulier des troubles attentionnels, une tension permanente, un besoin parfois incoercible de bouger. Enfin, durant les épisodes dépressifs, certaines limitations (en lien avec l'irritabilité, l'impatience, la distractibilité, un mauvais contrôle des impulsions, etc.) étaient plus accentuées, alors que d'autres, plus spécifiques de la dépression, se manifestaient (fatigue, adynamie, forte anxiété, etc.). Ce n'est pas le cas actuellement. Au plan social, les difficultés relationnelles liées au TDA-H et aux traits de personnalité pathologiques représentent une limitation permanente.

## 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

### 2.1 Ces troubles sont à l'origine des échecs rencontrés par l'assuré dans son parcours professionnel. Ils ne l'ont cependant pas empêché d'avoir pendant des années une activité professionnelle régulière, à la satisfaction de ses employeurs.

### 2.2 En dépit des limitations décrites ci-dessus, la capacité de travail de l'assuré est entière. Toutefois, il ne peut pas la mettre à profit dans n'importe quel milieu professionnel. En d'autres termes, si sa capacité de travail n'est pas intrinsèquement diminuée, sa capacité d'adaptation en revanche est limitée à certains types d'environnement professionnel (cf. point C1).

### 2.3 Une activité du type de celle que l'assuré a exercée avec succès pendant une longue période (celle de chauffeur ou d'agent de maintenance de lits) est exigible.

### 2.4 Dans une activité répondant aux conditions décrites (cf. point C1), il n'y a pas de diminution de rendement.

### 2.5 L'incapacité de travail n'est pas permanente. Elle a cependant été entière à certaines périodes, notamment durant les phases dépressives.

### 2.6 L'assuré a une pleine capacité de travail depuis approximativement la fin de l'année 2008 (cette date correspondant à la rémission du dernier épisode dépressif, survenu en début d'année 2008).3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel ? C'est précisément la capacité d'adaptation à autrui et à son environnement humain qui est limitée chez l'assuré. Du fait des troubles décrits ci-dessus, il entretient des relations compliquées, et qui peuvent devenir tendues, avec ses supérieurs ou ses collègues. Il se sent vite incompris et rejeté, et il peut alors réagir d'une façon qui lui porte préjudice (méfiance, interprétativité paranoïde, renoncement à son emploi, etc.).C. Influences sur la réadaptation professionnelle1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Il n'y a pas de véritable indication à des mesures de réadaptation professionnelle. Le type d'emploi à la fois souhaité par l'assuré et qui serait à sa portée devrait répondre à plusieurs conditions : pas de routine répétitive et monotone (cf. TDA-H) ; travail autonome, avec peu de rapports hiérarchiques (cf. traits pathologiques de personnalité et vulnérabilité narcissique et affective) ; peu de stress relationnels et sociaux (« pas de jugements », dit-il) ; pas de tâches administratives trop lourdes (cf. difficultés dans l'écriture et la lecture) ; activité à l'extérieur, impliquant beaucoup de mouvement (cf. TDA-H). L'assuré a mentionné un emploi de chauffeur pour le transport de personnes handicapées, ou encore le travail avec les animaux [...]. » Sollicité pour avis sur les conclusions de l'expert, le Dr F. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a considéré au titre d'atteinte à la santé une « perturbation de l'activité et de l'attention », dans sa détermination finale du 3 juillet 2009, mettant en exergue l'absence d'incapacité de travail durable dans une activité respectant les limitations fonctionnelles de l'assuré. Au demeurant, le Dr F. \_\_\_\_\_ a relevé, à l'instar du Dr W. \_\_\_\_\_, que nombre d'activités exercées par l'assuré par le passé étaient précisément adaptées à son état de santé. L'assuré a été mis au bénéfice d'une orientation professionnelle par communication de l'OAI du 15 juillet 2009 et a été reçu par une spécialiste en réadaptation professionnelle, laquelle a

préconisé une enquête ménagère en vue de clarifier son statut, à l'issue d'un rapport du 18 août 2009. Dans ce contexte, l'assuré a été qualifié de partiellement actif, à hauteur de 50%, dans la mesure où il entendait se consacrer essentiellement à l'éducation de ses enfants, se trouvant père d'un fils né en 2008, tandis que sa compagne était enceinte d'un second enfant attendu en mars 2010. Le rapport de l'enquêtrice, daté du 11 décembre 2009, ne fait en outre état d'aucun empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères, précisant par ailleurs que l'assuré n'a pas été en mesure de comprendre les questions afférentes à la détermination de son statut. Par rapport final du 6 janvier 2010, la spécialiste en réadaptation de l'OAI a constaté le défaut de préjudice économique subi par l'assuré du fait de son état de santé, compte tenu de l'adéquation des activités précédemment exercées. L'OAI a dès lors élaboré un projet de décision le 15 février 2010, niant à l'assuré le droit à une rente d'invalidité, vu l'absence d'empêchement dans l'exécution des tâches ménagères et de préjudice économique au niveau professionnel. Une décision dans ce même sens a été adressée à l'assuré le 29 mars 2010. E. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, Me Isabelle Jaques, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 11 mai 2010, contestant en premier lieu le statut mixte pris en considération par l'OAI. Rappelant ne pas avoir réellement compris l'impact des questions de l'enquêtrice et se prévalant de la lettre d'engagement du 20 mai 2006 de la société P. \_\_\_\_\_ SA, il a soutenu que sans atteinte à la santé, il aurait exercé une activité professionnelle à plein temps en dépit de la naissance de son deuxième enfant en début 2010. En second lieu, l'assuré a relevé que l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ sur laquelle s'était essentiellement fondée l'administration pour nier son droit à une rente serait dénuée de valeur probante au vu des contradictions qu'elle contient, notamment de la dichotomie entre les importantes limitations fonctionnelles constatées et l'appréciation de la capacité de travail. Il a par ailleurs mis en exergue les conclusions contraires du Dr C. \_\_\_\_\_ – au demeurant antérieures de quelques mois à l'évaluation du Dr W. \_\_\_\_\_ – et l'appréciation initiale du Dr T. \_\_\_\_\_ quant à la potentielle aggravation de son état de santé. Se prévalant de la divergence des opinions médicales eu égard à l'impact de ses problèmes de santé, il a conclu préalablement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, sous suite principalement du renvoi de la cause à l'administration, subsidiairement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Au terme de sa réponse du 30 juin 2010, l'intimé a proposé de reconnaître en faveur du recourant une incapacité totale de travail de 70% de décembre 2005 à janvier 2009, se fondant sur un avis médical du 21 juin 2010, établi par le Dr F. \_\_\_\_\_ du SMR. Ce dernier, prenant connaissance du rapport d'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_, s'est rallié à l'appréciation de ce spécialiste pour la période échéant en janvier 2009 et considéré une amélioration de l'état de santé de l'assuré sur la base des constats ultérieurs du Dr W. \_\_\_\_\_. Partant, l'OAI, maintenant au surplus le statut mixte déterminé in casu à partir de la naissance du premier enfant de l'assuré en février 2008, a suggéré l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> février 2007 au 28 février 2008. Compte tenu d'un statut mixte dès cette dernière date, le droit à la rente s'éteignait à partir du 1<sup>er</sup> mars 2008 vu le degré d'invalidité réduit à 20%, ce dernier s'avérant nul dès le 1<sup>er</sup> mai 2009 des suites de l'amélioration de l'état de santé du recourant. Celui-ci a persisté dans l'essentiel de ses conclusions par réplique du 11 janvier 2011, précisant toutefois que si le raisonnement de l'OAI quant à son statut devait être admis, il s'agirait néanmoins de reconnaître le statut mixte uniquement à compter du mois de juillet 2008, soit à l'issue du congé maternité de sa compagne. Par réplique du 31 janvier 2011, l'intimé a admis cet argument et concédé le droit à une rente entière du 1<sup>er</sup> février 2007 au 31 juillet 2008. Il a

au surplus maintenu ses conclusions, tout en préavisant la réforme de sa décision dans le sens de cette proposition. Le 30 mars 2011, le recourant a pris acte de la détermination de l'OAI, tout en maintenant derechef sa requête d'expertise et ses conclusions au fond. Par pli du 4 avril 2011, le juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, suggérant au titre d'expert le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et en sollicitant la remise de questionnaires à l'attention de ce dernier. Les parties ont communiqué leur liste de questions à l'expert concerné, par plis respectifs des 26 avril 2011 et 15 septembre 2011, de sorte que le mandat a été confié formellement au Dr G. \_\_\_\_\_ par courrier du juge instructeur du

## **E. 21**

septembre 2011. F. En date du 12 mai 2012, après deux entretiens avec le recourant les 20 janvier 2012 et 21 février 2012, ce spécialiste a été en mesure de faire parvenir son rapport d'expertise, où il a fait état des éléments cités ci-dessous, après analyse de l'ensemble des pièces du dossier et confrontation des plaintes de l'assuré à ses observations cliniques : « [...] 6. Evolution des atteintes à la santé Depuis l'adolescence, la vie de l'expertisé est manifestement chaotique. Il change très fréquemment d'emploi. Il fait tout ce qu'il peut mais on ne voit aucune continuité. Il présente des épisodes dépressifs et est en traitement de manière continue par différents psychiatres depuis 1995. Chaque thérapeute estime nécessaire une psychothérapie de soutien. La médication ne semble pas modifier de manière notable les troubles psychiques de l'expertisé. [...] Aussi bien le trouble de la personnalité que le trouble dépressif ne se sont pas aggravés au cours du temps. Ils ont l'un et l'autre une expression variable avec des signes d'amélioration et d'aggravation qui semblent plus dépendre de facteurs extérieurs que d'une évolution de la pathologie elle-même. [...] 7. Constatations psychopathologiques Cet expertisé est un homme de 48 ans, faisant son âge, soigné de sa personne, de taille moyenne. Il s'exprime assez facilement. Il est calme tout au long des examens. D'emblée son discours frappe par sa difficulté à répondre de manière précise aux questions posées et des digressions incessantes et inattendues. Il présente des troubles de la pensée, avec des barrages et des associations relâchées. Il a beaucoup de difficulté à présenter une anamnèse chronologique stricte et se perd dans les dates mélangeant ses souvenirs. [...] 8. Diagnostic et diagnostic différentiel selon la CIM-10 ou le DSM IV. Pourquoi (motivation)? Trouble mixte de la personnalité avec traits schizotypiques, paranoïaques, anxieux et dépendants (F61 .0). Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.00). Colite ulcéreuse (K5 1.9). Cet expertisé présente depuis de nombreuses années une pathologie somatique chronique et grave. La colite ulcéreuse fait partie des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MTCI) qui était autrefois appelée recto-colite ulcéro-hémorragique (RCHIJ). Elle implique un traitement continu et peut présenter des poussées inflammatoires. Elle représente un risque important d'évolution vers un cancer du côlon. Elle se manifeste cliniquement par des diarrhées sanguinolentes et par une fatigue. La pathologie psychiatrique que présente cet expertisé est particulièrement difficile à cerner. Les différents psychiatres qui ont examiné ou traité l'expertisé ont tous posé des diagnostics différents. Certes les psychiatres sont d'accord sur un diagnostic qui est celui de trouble dépressif récurrent voire de dysthymie dont bien évidemment l'importance varie au cours du temps. Il est jugé sévère à certains moments et en rémission à d'autres moments. Il est en lien avec les événements de vie de l'expertisé et en particulier avec ses soucis économiques et sentimentaux. Je retiens donc ce diagnostic de trouble dépressif récurrent en raison des renseignements anamnestiques. Actuellement ce trouble dépressif est léger : asthénie, humeur triste,

anhédonie, perte de l'élan vital et isolement social. Mais on pourrait discuter d'un diagnostic de dysthymie. Le désaccord des psychiatres porte principalement sur le diagnostic du trouble de la personnalité. Tous les psychiatres reconnaissent que l'expertisé présente un trouble de la personnalité mais ils ne parviennent pas à un accord satisfaisant sur sa caractérisation. Il est évident pour chacun que ce trouble remonte à l'enfance. Il faut néanmoins souligner que les seuls renseignements dont nous disposons sont les déclarations de l'expertisé. Nous ne disposons d'aucun élément objectif, tel qu'un rapport d'un confrère ou d'une prise en charge psychiatrique avant 1995. [...] Les renseignements anamnestiques que nous donne l'expertisé sont constants au travers de tous les examens faits par mes confrères et moi-même. Il est donc vraisemblable que l'expertisé a connu des difficultés scolaires majeures aussi bien dans les apprentissages de la lecture et de l'écriture que dans les relations avec ses pairs et les enseignants. Il est néanmoins très difficile aujourd'hui de poser un diagnostic rétrospectif. En effet, ces troubles sont compatibles aussi bien avec un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité qu'avec une psychose infantile, voire avec un trouble envahissant du développement de type autisme de haut niveau (syndrome d'Asperger). Et les observations cliniques actuelles ne permettent pas de poser un diagnostic spécifique car certains symptômes sont compatibles avec les entités nosologiques évoquées ci-dessus alors que d'autres symptômes ne corroborent pas ces entités. Plusieurs points me paraissent devoir être relevés : 1. Tout d'abord je suis frappé par la discordance des observations cliniques. [...] La symptomatologie que donne l'expertisé est donc variable au cours du temps avec à certains moments un trouble du cours de la pensée et à d'autres moments une expression plus claire mais avec des idées paranoïaques. 2. Le traitement psychotrope à base d'amphétamine (Ritaline ou Concerta) a été mis en place à partir de 2003 environ et a été interrompu en juillet 2011. D'après le rapport du médecin traitant, cette médication avait entraîné un amendement de la symptomatologie. D'après l'expertisé, il en ressentait un bénéfice, disant que les idées tournaient moins vite dans sa tête. Mais il dit également que sa compagne le trouve moins agressif depuis qu'il a arrêté cette médication. Il est frappant de constater que les médecins qui ont examiné l'expertisé alors qu'il était sous médication d'amphétamine ont tous souligné son caractère impulsif (Dr C. \_\_\_\_\_ et Dr W. \_\_\_\_\_) alors que les médecins qui l'ont examiné avant ou après cette médication, n'ont pas mis en évidence cette impulsivité dans leur observation. Cela corrobore ce que l'expertisé rapporte de l'observation de sa compagne sur son comportement. Il est donc vraisemblable que l'impulsivité de l'expertisé soit en partie au moins due à une médication psychostimulante, dont le bénéfice ne m'est pas apparu particulièrement manifeste. 3. Les troubles de la lecture et de l'expression écrite sont des éléments anamnestiques qui n'ont jamais été documentés dans l'ensemble des examens actuels. Je ne doute nullement que l'expertisé a connu des difficultés majeures dans l'apprentissage de la lecture et de l'écriture. Mais ces troubles sont actuellement au second plan. Il est d'ailleurs frappant de constater que dans l'examen de Mme V. \_\_\_\_\_ il ne soit pas fait mention de ces troubles. S'ils avaient été manifestes il ne fait aucun doute qu'elle l'aurait mentionné dans son rapport. 4. Enfin, j'ai posé la question au Dr P. \_\_\_\_\_ s'il avait constaté que l'expertisé pouvait présenter des troubles psychiques. Or ce dernier a été formel. L'expertisé ne présente pas de troubles psychiques manifestes pour un médecin somaticien. Cela signifie clairement que la symptomatologie psychiatrique de l'expertisé ne s'exprime que dans le cadre de l'investigation psychiatrique et qu'elle n'est pas manifeste constamment. De ces différentes observations, il ressort que la symptomatologie que présente l'expertisé est variable au cours du temps. Comme le

soulignait le Dr C. \_\_\_\_\_ il n'est pas possible de retenir un diagnostic de trouble spécifique de la personnalité. Néanmoins tous les critères sont réunis pour retenir un diagnostic de trouble de la personnalité. Mais ce trouble n'est pas spécifique, tel un trouble de la personnalité de type personnalité émotionnellement labile, type borderline, ou type impulsif, ou personnalité paranoïaque, ou personnalité schizoïde, ou syndrome d'Asperger ou trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. J'estime donc que l'on ne peut poser qu'un diagnostic de trouble mixte de la personnalité. Je retiens des traits schizotypiques, paranoïaques, anxieux et dépendants. Je ne retiens pas de diagnostic de trouble de l'attention/hyperactivité car j'estime qu'il n'est pas vraiment caractérisé et qu'il est inclus dans le trouble de la personnalité. D'autre part l'accident du 15 mai 2006 n'a laissé aucune séquelle physique ou psychique. L'examen actuel permet d'exclure un diagnostic de syndrome post-commotionnel. L'expertisé n'a présenté aucune lésion cérébrale. En conséquence des tests neuropsychologiques ne sont pas nécessaires et ne donneraient aucun renseignement utile. Certes l'expertisé impute à cet accident ainsi qu'à celui de 1983 une aggravation de ses troubles psychiques et de ses difficultés d'insertion dans le monde économique. Il s'agit là d'une perception subjective idiosyncrasique qui ne peut être objectivée par l'examen actuel. Une dernière remarque en ce qui concerne les diagnostics posés. Il est frappant de constater que je suis le premier à évoquer le diagnostic de colite ulcéreuse alors qu'il s'agit d'une atteinte à la santé somatique loin d'être anodine. Jamais à ce jour, l'expertisé n'avait fait mention de cette atteinte à la santé à mes confrères ou à l'office AI. Il ne m'en a d'ailleurs pas parlé mais a énuméré une médication qui m'a immédiatement alerté. Cela montre à quel point l'expertisé présente des clivages, quasiment hermétiques, et est incapable d'établir des liens. Cela explique vraisemblablement également pourquoi la manifestation de la symptomatologie est tellement diverse ; dans le cadre de l'examen psychiatrique l'expertisé montre à quel point il est perdu alors que dans le cadre de l'examen somatique il ne présente que les plaintes adéquates à un tel examen. 9. Discussion J'ai longuement discuté des diagnostics posés dans le paragraphe précédent. Il est évident que cet expertisé présente des troubles psychiques depuis l'enfance. Les renseignements à disposition ne permettent pas de poser un diagnostic de certitude. Mais tous les renseignements concordent pour reconnaître que l'expertisé a connu des difficultés importantes aussi bien dans les apprentissages que dans les relations sociales. Néanmoins il est évident également que l'expertisé ne présente pas de retard mental et qu'il dispose d'une intelligence normale moyenne. Après la scolarité obligatoire, l'expertisé a tenté de s'insérer dans le monde économique et d'exercer une activité professionnelle et lucrative. Il a montré à la fois qu'il en était capable à certains moments et qu'à d'autres moments il en était incapable. L'atteinte à la santé est donc indéniable, même si le diagnostic reste relativement imprécis. Il s'agit donc de déterminer si cette atteinte à la santé a une répercussion sur la capacité de travail et de quel ordre. Un pronostic est difficile à émettre dans le cas présent. En effet, comme je le mentionnais plus haut, l'atteinte à la santé psychique de l'expertisé peut être considérée comme stable, avec des fluctuations mais sans que l'on puisse réellement reconnaître une aggravation progressive des troubles. Le pronostic d'un strict point de vue psychiatrique est donc plutôt favorable à long terme. En ce qui concerne la colite ulcéreuse, le pronostic à long terme est plus réservé en raison d'un risque non négligeable d'un développement d'un cancer du côlon. 10. Capacités professionnelles Interpellé sur la capacité de travail de l'expertisé, le Dr P. \_\_\_\_\_ a été très clair : cette maladie actuellement n'est pas cause d'une incapacité de travail. Elle peut, à certains moments, contraindre à un arrêt de travail, mais limité dans le temps. Elle n'entraîne pas

une « invalidité » au sens d'incapacité de travail de longue durée. En raison des troubles psychiques qu'il présente cet expertisé a une capacité de travail limitée comme il l'a démontré jusqu'à maintenant. Dans son rapport du 16 janvier 2002, le Dr T. \_\_\_\_\_ s'était montré très prudent en disant que vraisemblablement l'Office AI aurait à ré-ouvrir ce dossier. Le Dr C. \_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise du 29 octobre 2008 avait estimé que l'expertisé présentait une incapacité de travail de l'ordre de 70% principalement en raison de comportements inappropriés. Mais le Dr W. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 15 mai 2009 a estimé que l'expertisé avait une pleine capacité de travail mais avec des limitations importantes (« pas de routine répétitive et monotone, travail autonome, avec peu de rapports hiérarchiques, ... peu de stress relationnels et sociaux, pas de tâches administratives trop lourdes, ... activité à l'extérieur impliquant beaucoup de mouvement » ). Il estimait néanmoins que l'activité de chauffeur ou d'agent de maintenance de lits étaient exigibles. Les conclusions des différents experts sont donc contradictoires en ce qui concerne la capacité de travail de l'expertisé. Le curriculum vitae de l'expertisé qui doit dater de 2008 montre clairement que ce dernier n'a jamais travaillé plus d'une année dans une même entreprise mis à part la période de 2000 à 2004 pendant laquelle il a été agent de maintenance de lits d'hôpitaux. Toutes les ruptures des rapports de travail ont été provoquées par des problèmes relationnels et jamais pour des motifs d'incompétence professionnelle à proprement parler. Mais l'expertisé est bien incapable de nous expliquer quelles sont les conditions de travail qui lui permettent de vraiment se sentir à l'aise et de maintenir son activité. Les ruptures sont toujours expliquées par un sentiment de mal être et d'injustice. C'est en raison principalement du trouble de la personnalité qu'il présente que cet expertisé connaît des difficultés d'insertion dans le monde économique. Ce trouble de la personnalité conduit à des conflits interpersonnels et à des décompensations sur un mode dépressif. Lorsque l'expertisé peut trouver un emploi, il se donne totalement à son activité puis présente une sorte d'épuisement qui le conduit à la rupture des rapports de travail. Je considère donc que c'est le trouble de la personnalité dont souffre l'expertisé qui est responsable en premier lieu des difficultés de l'expertisé à s'insérer dans le monde économique. Les difficultés relationnelles sont au premier plan. Ce sont elles qui limitent la capacité de travail de l'expertisé. Il suffit donc d'un grain de sable dans les relations interpersonnelles pour que le problème devienne insurmontable et prenne des allures cataclysmiques qui conduit forcément à la rupture des relations de travail. Ces difficultés relationnelles sont la conséquence du trouble de la personnalité dont souffre l'expertisé. Pour utiliser une métaphore écologique, l'expertisé peut mettre en valeur une capacité de travail pleine et entière pour autant qu'il trouve une « niche écologique » à l'abri des conflits interpersonnels mais sans qu'il soit possible à l'expert de déterminer précisément les conditions de cette niche tant les facteurs de déstabilisation de l'expertisé peuvent être variés, voire variables. En effet, ils dépendent vraisemblablement aussi bien de facteurs propres à une entreprise (relations aussi bien avec les collègues de travail, les supérieurs qu'avec les clients) que de facteurs extérieurs à l'activité professionnelle elle-même tels que la stabilité affective et financière. Pour utiliser une autre métaphore, la relation de l'expertisé à son activité professionnelle tient à une alchimie idiosyncrasique qui s'apparente à l'alchimie de la relation sentimentale. Il s'agit donc de déterminer si une telle « niche écologique » est exigible de l'expertisé dans le monde économique ou s'il s'agit en fait de considérer une telle niche comme un emploi protégé. A mon avis, cette détermination sort du champ médical à proprement parler. Je dois avouer que j'ai de la peine à être convaincu du rapport de [l'OAI] du 6 janvier 2010 dans lequel [l'on] affirme

que l'activité d'agent de maintenance en lits d'hôpitaux, ainsi que celle de cariste et de gestionnaire de stock peut être mise en valeur par l'expertisé. Car le problème n'est justement pas celui des compétences professionnelles en soi mais celui des rapports interpersonnels. Il s'agit donc de démontrer que l'expertisé peut mettre en valeur ses compétences professionnelles non dans un emploi de manière générale mais dans un emploi spécifique effectif. D'autre part, ce rapport fait état de mesures professionnelles octroyées (formation de cariste et de gestionnaire de stock) par l'Assurance-Chômage en 2005 et qui n'ont jamais abouti à leur actualisation dans une activité professionnelle. J'estime donc que des mesures professionnelles octroyées hors d'un emploi effectif n'ont, à mon avis, aucune chance d'aboutir à une réinsertion professionnelle. Si l'expertisé peut trouver un emploi et qu'il s'y sent assez bien, il mettra en oeuvre les moyens pour maintenir cet emploi. Il a montré jusqu'à maintenant qu'il ne parvenait pas à suivre une formation puis ensuite se plier à des conditions de travail qui ne lui conviennent pas malgré une compétence professionnelle acquise. » Par détermination du 18 juin 2012, l'intimé s'est rallié à un avis du SMR du 25 mai 2012 afférent aux conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_, où le Dr F.\_\_\_\_\_ estime que l'appréciation de ce dernier serait proche de celle du Dr W.\_\_\_\_\_. Quant au recourant, il a informé la Cour de céans le 11 juillet 2012 du suivi assuré par l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire d'[...], soit par les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, et envisagé la production d'un rapport de ces spécialistes avant de se déterminer sur les conclusions du Dr G.\_\_\_\_\_. Aux termes d'une écriture du 19 septembre 2012, le recourant a considéré ne disposer d'aucune capacité de travail, se fondant tant sur l'avis de ses médecins traitants précités que sur celui du Dr G.\_\_\_\_\_, concluant en définitive à l'admission de son recours. Il a au surplus produit un rapport élaboré le 13 septembre 2012 par les Drs K.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, lesquels ont mis en évidence ce qui suit : « [...] [L'assuré] a effectivement été suivi dans notre unité du 08.12.2010 au 23.05.2012, à une fréquence initiale d'un entretien tous les 15 jours, puis à une fréquence mensuelle. Le motif de la prise en charge était lié à la présence d'un épisode dépressif sévère, puis de difficultés majeures dans les relations interpersonnelles retentissant sur sa vie familiale. Notre patient n'a exercé aucune activité professionnelle durant la période du suivi. Actuellement, [l'assuré] est engagé avec son épouse dans une thérapie de couple et il est à la recherche d'un psychiatre installé plus proche de [...], son nouveau lieu de résidence. Par ailleurs, vous nous demandez de nous prononcer sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr G.\_\_\_\_\_ dont vous nous avez adressé une copie, qui traite de la problématique médicale de [l'assuré] et ses conséquences sur sa capacité de travail. Nos constatations corroborent de manière globale l'appréciation de notre confrère sur la situation de [l'assuré], notamment en ce qui concerne le diagnostic psychiatrique, sa complexité, la fluctuation des différents aspects de son état psychique, ainsi que la gravité du diagnostic. Nous avons effectivement aussi conclu à un diagnostic de trouble mixte de la personnalité, avec des traits schizoïdes et paranoïaques, influençant de manière importante les relations interpersonnelles. Nous n'avons, par ailleurs, pas retenu le diagnostic de déficit de l'attention (hyperactivité) au vu du manque de certains critères diagnostiques nécessaires, le trouble de la personnalité justifiant d'autres éléments présents dans cette pathologie. Il est cependant à relever que nous ne prenons connaissance des tests psychologiques, notamment du QI, dont [l'assuré] a bénéficié par le passé, qu'à la lecture du rapport d'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_. A rappeler que ce test avait mis en évidence des scores dysharmoniques, avec un QI verbal à 85 et un QI performance à 124, situant le patient au niveau d'une intelligence moyenne. Cette dysharmonie entre les deux indices est plus qu'évocatrice d'une atteinte grave du

développement psychologique durant l'enfance, ayant non seulement évolué vers le trouble de la personnalité constaté actuellement, mais également à des séquelles rencontrées dans le comportement, la gestion des relations intrapersonnelles à travers la communication, pouvant expliquer un tableau clinique psychiatrique avec d'importants déficits dans la communication verbale et l'expression de son vécu, ainsi qu'à l'élaboration réflexive autour d'une situation, constatés au moment du suivi et qui dépassent l'atteinte provoquée par le trouble de la personnalité. En ce qui concerne la capacité professionnelle de [l'assuré], nous pouvons nous rallier à la métaphore utilisée par le Dr G. \_\_\_\_\_ concernant une « niche écologique, à l'abri des conflits interpersonnels, dans laquelle l'expertisé peut mettre en valeur une capacité de travail pleine et entière ». [...] [...] Nous tenons également à rajouter la présence d'une certaine usure chez [l'assuré] à cause de la répétition des échecs professionnels passés qu'il ne parvient pas à élaborer, traiter et « digérer », en raison de ses limitations sur le plan psychiatrique. On constate une rigidification des éléments de sa problématique, qui pose déjà en soi un important obstacle à son intégration au monde social et professionnel, comme dans une sorte de cercle vicieux. En conclusion, nous estimons que [l'assuré] est aux prises avec un trouble de la personnalité qui le conduit, à des états d'épuisement à répétition, pouvant aller jusqu'à l'effondrement de ses ressources psychologiques, et contre lequel il ne peut se protéger. Quelle que soit l'activité qu'il lui serait momentanément possible d'effectuer, nous émettons, tout comme le Dr G. \_\_\_\_\_, des forts doutes quant à ses possibilités de réinsertion sur le marché ordinaire du travail et ceci même avec des mesures d'accompagnement ou de formation favorisant cette réinsertion. » A la requête expresse du juge instructeur, le Dr G. \_\_\_\_\_ a complété son précédent rapport d'expertise en date du 6 mai 2013, s'exprimant en ces termes sur la capacité de travail de l'assuré et son évolution : « [...] L'expertisé a été victime d'un accident de la voie publique le 15 mai 2006. On peut donc admettre une incapacité de travail totale depuis ce moment-là jusqu'au 31 décembre 2006 [...]. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, la capacité de travail est de 30% si l'on se réfère au rapport d'expertise du Dr C. \_\_\_\_\_ du 29 octobre 2008 et ceci au moins jusqu'au mois de juin 2009, soit une date proche du rapport d'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_. Ce dernier reconnaît une pleine capacité de travail à l'expertisé dans une activité adaptée. Il estime même que, malgré les limitations décrites, l'expertisé pourrait reprendre des activités antérieures comme celle de chauffeur ou de technicien en lits d'hôpital. J'estime que tel n'est pas le cas. En effet, cet expertisé ne peut pas reprendre de telles activités en raison de sa difficulté dans les relations interpersonnelles et du caractère d'échec définitif de chaque emploi une fois qu'il l'a abandonné. La manière la plus simple d'évaluer la capacité de travail serait de considérer, comme l'a fait le Dr C. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 29 octobre 2008, que l'expertisé a une capacité de travail de l'ordre de 30% à long terme. Une autre manière d'évaluer cette capacité de travail peut être de considérer que l'expertisé a une capacité de travail entière dans une activité adaptée car il a montré avoir des compétences et pouvoir parfois les actualiser dans une activité professionnelle rémunérée mais avec des limitations majeures. Cette activité adaptée consisterait en un travail pratique qui n'exige pas des capacités intellectuelles et d'abstraction importantes, avec des consignes simples, des tâches assez bien planifiées mais pas strictement répétitives, sans responsabilité importante, avec des exigences de rendement limitées, des horaires de travail fixes, avec un maximum d'autonomie dans le travail (donc sans relations interpersonnelles fréquentes). Un travail en atelier ou en usine semble impossible. Un travail de technicien d'entretien qui exige des contacts avec la clientèle semble également difficilement possible. Un travail qui exige une

relation de proximité avec une personne particulière semble également difficilement envisageable car l'expérience de chauffeur s'est terminée vraisemblablement en raison de conflit de loyauté vécu par l'expertisé (sentiment de ne jamais pouvoir satisfaire l'employeur et sentiment d'être à sa merci). De même une activité de chauffeur de taxi semble inadéquate en raison du contact constant avec la clientèle. L'expertisé évoquait un travail avec les animaux. Mais il est bien difficile de savoir s'il s'agit d'un doux rêve bucolique ou s'il s'agit d'une activité envisageable. Mais il ne peut pas s'agir d'une activité de production (laitière par exemple). Il ne faut pas négliger le fait que les stages que l'expertisé a effectués n'ont pas débouché sur une activité professionnelle ce qui montre les difficultés majeures de l'expertisé à entreprendre des démarches et à élaborer, même symboliquement, un projet d'insertion professionnelle un peu réaliste. D'autre part, lorsqu'on considère l'anamnèse de cet expertisé on en retire l'impression qu'il lui faut des pauses de plusieurs semaines si ce n'est de moins dans son activité professionnelle pour qu'il puisse tenir le coup. En conclusion, je dois avouer qu'il est relativement aisé de produire une liste négative (des activités professionnelles que l'expertisé ne peut vraisemblablement pas exercer) mais qu'il est particulièrement difficile de produire une liste positive. [...] » L'OAI s'est déterminé sur ce complément en date du 30 mai 2013, se ralliant à l'avis du SMR du 22 mai 2013, libellé en ces termes : « Dans son complément d'expertise, le Dr G. \_\_\_\_\_ explicite ce qu'il entend par « activité de niche ». Il précise encore une fois les limitations fonctionnelles. Il expose qu'il ne partage pas l'avis de l'expert W. \_\_\_\_\_ qui soutenait que l'assuré était capable de reprendre l'une ou l'autre de ses anciennes activités. Ce désaccord provient du fait que le Dr G. \_\_\_\_\_ estime que ces activités ne sont pas adaptées. Il termine en proposant deux solutions : - Soit on considère une capacité de travail « moyenne » de 30% sur le long terme, - Soit on retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux nombreuses limitations fonctionnelles. Pour notre part, c'est cette dernière proposition que nous privilégions, en accord avec l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_. Il appartient aux spécialistes en réadaptation, et non aux médecins, de dire si une activité adaptée peut se trouver dans le marché du travail équilibré. » Quant au recourant, il a contesté la position de l'OAI, par acte du 20 juin 2013, où il a souligné que le complément du Dr G. \_\_\_\_\_ devait être interprété à la lumière de ses conclusions initiales et qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée s'avérait purement théorique, l'expert ayant clairement mis en cause l'appréciation du Dr W. \_\_\_\_\_ et insisté sur les importants problèmes relationnels causés par sa pathologie psychique. Il a en définitive conclu à ce qu'une capacité de travail limitée à 30% soit retenue in casu pour prendre en compte l'ensemble des limitations fonctionnelles décrites par les médecins. Les parties ont été informées du fait que la cause était gardée à juger par pli du juge instructeur du 24 juin 2013. E n d r o i t : 1. 1.1 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA). 1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008

sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 1.3 In casu, le recours déposé le 11 mai 2010 contre la décision de l'OAI du 29 mars 2010 a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (art. 38 al. 4 LPGA sur renvoi de l'art 60 al. 2 LPGA), et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable. 2. Sont litigieux l'appréciation médicale de la situation du recourant et son droit à une rente d'invalidité, singulièrement l'estimation de sa capacité de travail dans une activité éventuellement adaptée à sa problématique psychique. Le présent litige s'inscrit par ailleurs dans le contexte d'une procédure de révision initiée consécutivement à la seconde demande de prestations formée par l'assuré le 12 février 2008, sa première requête du 4 avril 2000 ayant fait l'objet d'une décision de refus de mesures d'ordre professionnel du 4 mars 2002, entrée en force. 2.1 Selon l'art. 87 al. 3 aRAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201 [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011]), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. En vertu de l'art. 87 al. 4 aRAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. 2.2 Les principes régissant l'entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des dispositions légales ci-dessus sont les suivants : l'administration doit commencer par déterminer si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2 ; TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2.1). Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013, consid. 5.1 ; TF I 25/2007 du 2 avril 2007, consid. 3.1). 2.3 En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 et ATF 113 V 275 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine ; RCC 1987 p. 36; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, ch. 490 p. 135). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régissant

à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TFA I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2). 2.4 L'art. 88a al. 1 aRAI stipule que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 aRAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie. S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88bis al. 1 aRAI vient préciser que l'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt : si la révision a été demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a) ; si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let. b) ; s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où le vice a été découvert (let. c). Cela étant, cette disposition n'est applicable que lorsqu'une rente en cours doit être augmentée. En cas de nouvelle demande faisant suite à un refus de rente, la date à partir de laquelle la rente pourra être accordée à titre rétroactif se détermine d'après l'art. 48 al. 2 aLAI (soit dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; ATF 109 V 108 consid 1b et 4 ; TF 9C\_944/2011 du 6 décembre 2012 consid. 5.5) En vertu de l'ancien art. 48 al. 2 aLAI in limine, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art.

## **E. 24**

al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. 3. 3.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu 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. 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 (art. 6 LPGA). A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). 3.2 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois 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 devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF [Tribunal fédéral] I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

3.3 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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 se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. 4.1 Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA précité). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

4.2 Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne

doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPG). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. 5.1 In casu, l'on s'étonnera préalablement de l'absence de toute information versée au dossier de l'intimé en lien avec l'accident du 15 mai 2006, en dépit de la production de l'expertise réalisée le 29 octobre 2008 par le Dr C.\_\_\_\_\_, mentionnant pourtant expressément cet accident dans le contexte de son mandat. L'on ignore en conséquence si et dans quelle mesure l'assuré souffre de séquelles physiques de cet accident. L'on retiendra toutefois les renseignements communiqués par le spécialiste précité qui a indiqué que les médecins somaticiens n'avaient préconisé aucune incapacité de travail pour des motifs organiques au-delà du 31 décembre 2006. En outre, ainsi que l'a appris le Dr G.\_\_\_\_\_, le recourant est atteint d'une sévère pathologie physique – une colite ulcéreuse – sur laquelle l'OAI n'a pas été renseigné. Il convient à cet égard de prendre en considération les résultats des investigations du Dr G.\_\_\_\_\_ auprès du Dr P.\_\_\_\_\_, lequel n'a prononcé que des incapacités de travail de courte durée en lien avec cette problématique. Indépendamment de ces éléments d'ordre somatique, force est de souligner que le dossier de l'intimé s'avérait incomplet également du point de vue psychique, soit eu égard à la pathologie principale susceptible de se répercuter sur la capacité de travail de l'assuré. En effet, il y a lieu d'observer que l'OAI disposait de deux rapports d'expertise psychiatrique aux conclusions opposées en termes de diagnostics retenus, d'évaluation de la capacité de travail et – dans une moindre mesure – de description des limitations fonctionnelles. Les rapports des Drs C.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_, établis à quelques mois d'intervalle, font état d'éléments divergents, le premier préconisant une incapacité de travail substantielle de « 70% au moins », le second une capacité de travail entière pour autant que soit respectée une liste imposante de limitations fonctionnelles. L'OAI ne pouvait dès lors se rallier, sans autres investigations ou éclaircissements, à l'appréciation globale sommaire du SMR du 3 juillet 2009 pour rendre la décision litigieuse. Partant, il ne fait pas de doute qu'une expertise supplémentaire s'imposait, ainsi que le requérait d'ailleurs l'assuré aux termes de son écriture de recours du 11 mai 2010. Se

conformant à la jurisprudence fédérale rappelée supra, la Cour de céans a dès lors mis en œuvre une expertise judiciaire psychiatrique, mandatant le Dr G. \_\_\_\_\_ en date du 21 septembre 2011. 5.2 Le rapport de ce dernier, établi le 12 mai 2012 et complété le 6 mai 2013, remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Singulièrement, l'expert a procédé à des investigations extrêmement fouillées de la situation médicale du recourant, non sans s'être entretenu à deux reprises avec lui. Il a opéré une analyse complète des pièces du dossier et des précédentes expertises communiquées par ses confrères. Il a discuté l'ensemble des diagnostics psychiques évoqués en l'espèce, non sans effectuer des recherches complémentaires sur les problématiques physiques détectées au cours de ses entretiens avec l'assuré. Ses remarques sur lesdits diagnostics et ses conclusions de ce point de vue sont non seulement particulièrement détaillées, mais également tout à fait convaincantes, compte tenu des observations cliniques minutieusement consignées à l'issue de ses examens. Par ailleurs, ses explications subséquentes quant à l'estimation de la capacité de travail et la précision des limitations fonctionnelles décrites emportent indubitablement la conviction. Il n'en va pas de même du rapport d'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ du 15 mai 2009, qui, s'il rejoint les observations du Dr G. \_\_\_\_\_ à plusieurs égards, peine à convaincre quant à l'appréciation de la capacité de travail, au vu du nombre conséquent de limitations fonctionnelles retenues. L'on ne peut en effet que mettre en doute les conclusions du Dr W. \_\_\_\_\_ en ce qu'il retient une capacité de travail entière sans même mentionner une quelconque baisse de rendement en présence de restrictions psychiques telles que l'existence d'une activité effectivement adaptée à l'état de santé de l'assuré peut être sérieusement questionnée. Quant au rapport du Dr C. \_\_\_\_\_, l'on peut constater que son appréciation globale est proche de celle communiquée par le Dr G. \_\_\_\_\_, en dépit de divergences diagnostiques. Le rapport du 29 octobre 2008 s'avère cela étant circonscrit par le mandat confié par l'assureur en responsabilité civile, tout en répondant néanmoins pour l'essentiel aux critères définis par la jurisprudence pour se voir doter d'une valeur probante. L'on peut d'ailleurs s'étonner qu'en cas de doute sur les conclusions du Dr C. \_\_\_\_\_, l'OAI n'ait pas jugé utile de questionner ce dernier au cours de la procédure administrative, en lieu et place de requérir une seconde expertise, courant ainsi le risque d'avis contradictoires sur une même situation. L'on ajoutera enfin que les conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_ viennent corroborer tant l'appréciation communiquée initialement par le Dr C. \_\_\_\_\_ que les observations des différents psychiatres traitants consultés par l'assuré, ce qui justifie d'autant plus que les conclusions de l'expert judiciaire soient suivies par la Cour de céans. 5.3 Vu ce qui précède, il convient de retenir que l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis la décision initiale de l'OAI du 4 mars 2002, en ce sens que les pathologies psychiatriques dont il souffre entraînent depuis décembre 2005 une incapacité totale de travail, respectivement restreignent depuis décembre 2006 sa capacité de travail à un taux maximal de 30% dans une activité adaptée qui respecterait les importantes limitations fonctionnelles psychiques énumérées par l'expert judiciaire. Partant, en présence d'un motif de révision des droits de l'assuré, au sens entendu par l'art. 17 LPGA, depuis la décision initiale susmentionnée, il s'agit de procéder à une évaluation de son invalidité, conforme aux exigences de l'art. 16 LPGA. Il y aurait lieu à ce stade de s'interroger sur la disponibilité effective sur le marché du travail équilibré d'une activité lucrative répondant aux restrictions psychiatriques exposées. Cela étant, la réponse éventuellement négative à cette interrogation ne modifierait en rien le droit aux prestations du recourant, dans la mesure où la comparaison des revenus hypothétiques, fondée sur les conclusions du Dr

G. \_\_\_\_\_, aboutit à un degré d'invalidité supérieur au seuil de 70%, ainsi qu'il sera exposé sous considérant 6 infra. 6. 6.1 Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3; 125 V 146 consid. 2c; 117 V 194 consid. 3b; TFA I 257/04 du 17 mars 2005). 6.2 En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). En ce qui concerne le point de départ du droit à la rente, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et au terme de cette année être invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Le délai d'attente est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail indiscutable au vu des circonstances, une réduction de la capacité de travail de 20 % étant d'ailleurs, en règle générale, déjà considérée comme significative (Pratique VSI 1998 p. 126 ; cf. ch. 2010 ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS]). 6.3 Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C\_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1) 6.4 Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalide. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible – le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données

statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS, publiées par l'Office fédéral de la statistique [OFS]) ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 1999 p. 182). En outre, la mesure dans laquelle le salaire ressortant des statistiques doit être réduit dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C\_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

6.5 En l'espèce, l'année déterminante pour procéder à une comparaison des revenus, conformément à l'art. 16 LPGa, est l'année 2006, soit à l'issue du délai de carence d'un an durant lequel l'assuré a présenté une incapacité de travail durable de plus de 40%. S'agissant préalablement du statut du recourant, il ressort tant de son curriculum vitae que des inscriptions au compte individuel AVS que durant ses périodes d'activité, il a systématiquement occupé des postes à plein temps. Son engagement, prévu par P. \_\_\_\_\_ SA dès le 1<sup>er</sup> juin 2006, était en outre prévu sur une durée hebdomadaire de 42 heures. Contrairement à ce que soutient l'intimé, rien n'indique qu'en l'absence d'atteinte à la santé, l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – recherché une activité professionnelle à temps partiel. Il apparaît bien davantage que sa situation actuelle d'homme au foyer, en charge de ses deux enfants en bas âge, ne soit pas un choix délibéré, mais plutôt consécutive à ses aléas de santé et aux restrictions psychiques à son maintien durable en emploi. Aussi, à l'instar de ce qu'a prétendu le recourant aux termes de son acte de recours, il y a lieu de considérer que sans atteinte à la santé, il aurait vraisemblablement tenté de rechercher ou de conserver une activité lucrative à plein temps, en l'absence de tout indice sérieux en faveur d'une conception moins traditionnelle de son couple.

6.6 Peu avant l'accident du 15 mai 2006, l'assuré avait d'ailleurs décroché un nouveau contrat de travail auprès de P. \_\_\_\_\_ SA pour un revenu mensuel de 5'600 fr. versé treize fois. Ce montant, correspondant à un salaire annuel de 72'800 fr., peut ainsi être retenu au titre de revenu hypothétique sans invalidité. Au demeurant, un tel salaire équivaut sensiblement aux gains réalisés par l'intéressé en dernier lieu, tels qu'inscrits à son compte individuel AVS.

6.7 Quant au revenu d'invalidité, il convient de se fonder sur les statistiques salariales préconisées par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le salaire de référence in casu est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2006, soit 4'732 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n° 1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élève à 4'933 fr. (4'732 fr. x 41,7 / 40), ce qui met à jour un salaire annuel de 59'197 fr. à plein temps. Compte tenu d'une capacité de travail partielle de 30%, c'est en définitive la somme de 17'759 fr. qui sera retenue au titre de revenu d'invalidité déterminant. Une réduction supplémentaire des salaires statistiques ne se justifie au surplus pas, puisque l'appréciation médicale de la capacité de travail du recourant tient précisément compte de ses nombreuses limitations

fonctionnelles. En outre, ce dernier est encore relativement jeune à la date de l'évaluation de son invalidité (moins de 50 ans), alors qu'il ne souffre d'aucun problème linguistique ou de restriction liée à un permis de séjour. 6.8 L'incapacité de gain du recourant se monte en définitive à 75,6% ( $[72'800 \text{ fr.} - 17'759 \text{ fr.}] \times 100 / 72'800 \text{ fr.}$ ), taux devant être arrondi à 76% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2) et ouvrant de facto le droit à une rente entière. Conformément à la jurisprudence fédérale citée plus haut, l'art. 88bis al. 1 let. a aRAI ne trouvant pas application, il convient de retenir la date du 1<sup>er</sup> février 2007 pour faire débiter le droit au versement des prestations, ainsi que le prévoyait l'art. 48 al. 2 aLAI, du fait du dépôt de la demande de révision par l'assuré en date du 12 février 2008. 7. Il résulte de l'exposé qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis et le droit à une rente entière reconnu à l'assuré sur la base d'un degré d'invalidité de 76%, tandis que cette prestation devra lui être servie dès le 1<sup>er</sup> février 2007. 7.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, 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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. 7.2 Le recourant a renoncé avec effet rétroactif au bénéfice de l'assistance judiciaire par courrier du 3 septembre 2010, ce dont le service compétent a pris acte dans une décision du 6 septembre 2010. 7.3 Obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a néanmoins droit à des dépens, fixés in casu à 3'000 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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