

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 499 vom 9. September 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-09-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2019\\_\\_499](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__499)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 499 du 9 septembre 2019

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 499 del 9 settembre 2019

## Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, REJET DE LA DEMANDE, ASSISTANCE JUDICIAIRE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

## Erwägungen

### E. 1

LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

### E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

### E. 3

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

#### **E. 4**

a) 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 malade – 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 I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). b) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

#### **E. 5**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). b) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points

litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

#### **E. 6**

Le recourant remet en cause la valeur probante du rapport d'expertise de la Clinique K.\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2018 en invoquant des griefs d'ordre formel (cf. considérant 7 ci-dessous) et d'ordre matériel (cf. considérant 8 ci-dessous).

#### **E. 7**

a) Dans un premier grief, le recourant fait valoir que l'impression de la Dresse V.\_\_\_\_\_ selon laquelle il aurait cherché à l'intimider aurait fait obstacle à la pose d'un diagnostic objectif. Dans son rapport du 18 janvier 2018, l'expert a relevé que, confronté à ses discordances, l'assuré avait cherché à l'intimider en approchant son siège du bureau, en se penchant pour rapprocher son visage du sien et en la regardant droit dans les yeux. Cette observation paraît pertinente et n'est pas critiquable. Elle n'est en tous les cas pas contredite par les autres pièces au dossier qui confirment que le recourant peut être violent et agressif (cf. notamment le rapport d'hospitalisation du 17 au 30 juillet 2003 du Département universitaire de psychiatrie W.\_\_\_\_\_). Le recourant ne prétend pas que les constatations sur les manœuvres d'intimidation sont fausses et ne dit pas en quoi l'expert aurait mal exécuté sa mission. On ne relève pas de constatation dans l'expertise qui démontrerait que l'expert aurait eu une appréhension à l'égard de l'expertisé qui aurait pu influencer son évaluation. Ce grief est donc infondé. b) Le recourant soutient en outre que la durée de l'entretien avec la Dresse V.\_\_\_\_\_ a été trop brève pour qu'elle puisse procéder à une évaluation circonstanciée de la situation. S'agissant de la durée de l'entretien et du fait qu'il a été unique, les critiques du recourant ne sont pas pertinentes puisqu'il appartenait à l'expert de déterminer le temps qui lui était nécessaire pour recueillir les éléments dont elle avait besoin pour se prononcer. Le recourant ne dit pas en quoi l'expertise serait incomplète ou lacunaire. On constate que la Dresse V.\_\_\_\_\_ a examiné les antécédents, la situation personnelle, les plaintes du recourant et a fait un examen clinique pendant l'entretien de 90 minutes, ce qui ne paraît pas critiquable. Il convient au demeurant de rappeler que le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C\_136/2017 du 21 août 2017 consid. 7.2 et les références.). Ceci vaut également pour les expertises psychiatriques (TF 9C\_133/2012 du 29 août 2012 consid. 3.2.1 et la référence). c) Quant au grief du recourant tiré de son incompréhension de la langue française, il est sans pertinence puisque l'entretien avec la Dresse V.\_\_\_\_\_ (tout comme celui avec le Dr B.\_\_\_\_\_) s'est déroulé avec le concours d'un interprète. L'intervention d'un interprète exclut donc d'éventuels problèmes linguistiques qui auraient empêché les experts d'accomplir dûment leur mandat.

#### **E. 8**

Sous l'angle matériel, il convient de relever, à titre liminaire, que le recourant ne soutient pas – à juste titre – qu'il présenterait une incapacité de travail découlant d'une atteinte somatique. En effet, aucun élément au dossier ne vient contredire les constatations des Drs B.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_, selon lesquelles les diagnostics retenus (status après

tendinopathie post-contusive du supra-épineux gauche en 2009 d'évolution objectivement favorable et de status après arthrodèse pour interphalangienne du hallux droit en 2006) sont sans répercussion sur la capacité de travail. La contestation porte ainsi uniquement sur le plan psychiatrique. a) Le recourant se prévaut des avis médicaux de la psychothérapeute de la Consultation psychiatrique I. \_\_\_\_\_ qui le suit régulièrement. Or, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Cela étant, on constate que ces avis médicaux ne sont pas de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations de la Dresse V. \_\_\_\_\_ qui a tenu compte des divers rapports médicaux au dossier et expliqué pour quels motifs elle s'écartait des diagnostics qui y étaient posés. En ce qui concerne le diagnostic de modification durable de la personnalité – posé par la psychiatre de la Consultation psychiatrique I. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 13 avril 2015 et 4 avril 2016) –, la Dresse V. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle ne relevait pas d'attitude hostile et méfiante envers le monde (sorties biquotidiennes pour marcher et se rendre dans des cafés), de retrait social majeur, de sensation d'être constamment menacé ni de détachement. Quant à un éventuel état de stress post-traumatique retenu par les Drs Z. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, l'expert a souligné que, hormis les cauchemars récurrents évoqués par l'assuré et non quotidiennement des brefs flashs back lors de circonstances déclenchantes (par exemple en cas de détonation), il n'y avait pas de pensée intrusive récurrente, d'état de qui-vive, d'attaque de panique, de phobie ou d'émoussement psychique. b) Cela étant, le recourant produit et se prévaut en procédure de recours de l'avis de la Dresse N. \_\_\_\_\_ du 20 avril 2018 qui fait état d'une modification durable de la personnalité de type traumatique, diagnostic qui a été analysé et écarté de manière convaincante par la Dresse V. \_\_\_\_\_ (cf. considérant 8a ci-dessus). Dans son rapport du 11 juillet 2018, la Dresse N. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic – nouveau – de trouble délirant persistant en raison des idées délirantes du recourant quant à la filiation de son fils B.H. \_\_\_\_\_ et de sa jalousie pathologique envers son épouse. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a constaté que la présence d'éléments délirants était en lien avec un secteur très délimité de la réalité, soit le rapport de couple, ce qui pouvait être soigné (avis du 29 août 2018). Concernant la relation conflictuelle entre le recourant et son fils, celle-ci a été qualifiée de centrale tout au long du dossier clinique par la Dresse N. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 12 octobre 2018. Elle a souligné que les comportements agressifs dans le milieu familial avaient toujours préoccupé les différents intervenants et que B.H. \_\_\_\_\_ était la cible principale des agressions du recourant. La nervosité, les comportements agressifs ainsi que les idées délirantes (jalousie, filiation) expliquaient, selon la psychiatre, la violence intrafamiliale perdurant depuis plusieurs années. La Dresse N. \_\_\_\_\_ considère en fin de compte que la clinique post-traumatique, délirante et comportementale que présentait le recourant, était grave au vu de la durée dans le temps et des limitations fonctionnelles et relationnelles qu'elle provoquait, de sorte que le recourant n'était pas apte à exercer une activité professionnelle (cf. son certificat médical du 12 octobre 2018). c) Comme déjà mentionné, le seul point nouveau par rapport à l'expertise de la Clinique K. \_\_\_\_\_ est le diagnostic de trouble délirant persistant posé par la Dresse N. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 11 juillet 2018, ce qui explique que la Dresse V. \_\_\_\_\_ ne s'est pas explicitement prononcée à ce sujet. En tout état de cause, il y a lieu de rappeler que les circonstances ayant conduit la Dresse N. \_\_\_\_\_ à retenir ce diagnostic, à savoir les violences exercées par l'assuré sur son fils et son épouse en raison de doutes sur la filiation et de sa jalousie, existent depuis toujours et que, selon ce médecin, elles sont même

centrales tout au long du dossier clinique du recourant. Ce point de vue est corroboré par le rapport consécutif à l'hospitalisation de l'assuré du 17 au 30 juillet 2003, dans lequel les Drs Z.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ avaient relevé que son entourage décrivait un état de tension et une grande irritabilité motivée notamment par la grande vivacité de son fils. Enervé par les troubles du comportement de ce dernier, il s'était montré de plus en plus agressif allant même jusqu'à le battre. Plusieurs années après ce séjour, le Dr X.\_\_\_\_\_ a aussi mentionné la persistance d'un état de stress familial (rapport non daté indexé le 9 septembre 2014), également signalé par les thérapeutes de la Consultation psychiatrique I.\_\_\_\_\_ qui ont évoqué un énervement envers la famille (rapport du 13 avril 2015). Or, il convient de relever que le diagnostic – nouveau – de trouble délirant persistant n'a été posé par aucun des médecins ayant suivi le recourant, la Dresse N.\_\_\_\_\_ ayant noté le 20 avril 2018 qu'elle n'avait pas pu évaluer la présence de troubles perceptifs, ni de la pensée, de type délirant ; elle avait pourtant contacté le Dr X.\_\_\_\_\_ qui connaissait le recourant depuis longtemps et bénéficiait de l'assistance du psychologue S.\_\_\_\_\_ qui s'était également chargé du suivi du recourant depuis 2015 à tout le moins (cf. rapport du 13 avril 2015). Comme les circonstances décrites par la Dresse N.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 11 juillet et 12 octobre 2018 ayant fondé le diagnostic de trouble délirant persistant constituaient de longue date une source de préoccupation des intervenants sociaux et qu'elles étaient de surcroît connues des divers médecins traitants ainsi que de la Dresse V.\_\_\_\_\_, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'une appréciation différente d'une situation identique. D'ailleurs, la violence du recourant à l'égard de ses proches a été relevée par l'expert, le recourant l'ayant admise (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 18 janvier 2018, pp. 4 et 7) et s'étant exprimé à ce sujet. Dans le cadre de l'expertise, il a en effet admis avoir été violent physiquement et psychologiquement envers son épouse, ajoutant qu'il s'énervait fréquemment avec ses deux fils. Le recourant n'a toutefois pas émis l'hypothèse que B.H.\_\_\_\_\_ ne serait pas issu de ses œuvres pour expliquer ses actes de violence à son égard, l'intéressé ayant eu recours à d'autres prétextes tout au long de sa vie pour justifier son agressivité à l'égard de son fils. La psychiatre traitante ne se prévaut d'aucun élément nouveau pour poser le diagnostic (nouveau) de trouble délirant persistant. Comme déjà vu, les circonstances sur lesquelles elle s'est fondée étaient connues des médecins traitants (cf. le rapport des Drs Z.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ consécutif à l'hospitalisation du recourant du 17 juillet au 30 juillet 2003 ainsi que le rapport du 13 avril 2015, signé conjointement par la Dresse E.\_\_\_\_\_ et le psychologue S.\_\_\_\_\_). En outre, la Dresse N.\_\_\_\_\_ ne décrit pas quelles sont les limitations fonctionnelles, ni relationnelles que ce trouble impliquerait dans le cadre professionnel ; sur ce point, on rejoint le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, selon lequel la psychiatre traitante ne rend pas vraisemblable l'existence d'une limitation fonctionnelle en lien avec un éventuel trouble délirant persistant (avis du 29 août 2018). Il convient enfin de souligner que l'assuré a pu travailler jusqu'en 2009, alors qu'il se livrait déjà à des actes de violence sur ses proches. Les récents avis médicaux de la Dresse N.\_\_\_\_\_ datés des 20 avril, 11 juillet et 12 octobre 2018, au demeurant sommaires et se concentrant d'avantage sur la problématique de la violence intrafamiliale que sur celle de la problématique psychiatrique, ne sont donc pas suffisants pour remettre en cause les conclusions de la Dresse V.\_\_\_\_\_. d) Si la Dresse V.\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail entière dans une activité simple en raison de l'absence de pathologie psychiatrique invalidante, elle estime que le pronostic pour la reprise d'une activité professionnelle est mauvais pour des motifs étrangers au domaine médical (absence de formation, perte d'emploi, absence de maîtrise de la langue française et

démotivation). En outre, l'expression des symptômes relève d'un processus de majoration des symptômes, le recourant lui ayant paru peu authentique. En effet, le recourant s'est montré inductible dans les réponses données lors de l'entretien psychiatrique et ses réponses ont par ailleurs varié selon les experts. aa) En ce qui concerne la pathologie anxieuse et dépressive, l'assuré évoque une humeur dépressive (non objectivée durant l'entretien), une diminution de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie (non objectivé, l'intéressé étant décrit comme bien tonique et vigilant), des troubles du sommeil, une vision négative des perspectives d'avenir, une difficulté à soutenir son attention et à se concentrer (non objectivée). La Dresse V. \_\_\_\_\_ en déduit que les symptômes objectivés sont insuffisants pour retenir un épisode dépressif, même léger. A cet égard, l'échelle de dépression de Hamilton montre un score de 14 points, soit à la limite pour un épisode dépressif léger. Toutefois, au vu de la majoration des symptômes évoqués par le recourant, la clinique prime (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 18 janvier 2018, p. 8). bb) Quand bien même l'aspect somatique n'est pas en cause (cf. considérant 8 in initio), il convient de relever que l'examen du Dr B. \_\_\_\_\_ démontre également l'existence d'une exagération. C'est ainsi que l'analyse des documents radiologiques, notamment l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 25 février 2010 ne montre aucun signe de lésion traumatique, notamment au niveau de la coiffe. Il conclut dès lors à une discordance majeure entre les symptômes, la sous-utilisation spontanée du membre supérieur gauche et les données cliniques objectives, que ce soit pour les douleurs du membre supérieur gauche ou pour les lombosciatalgies atypiques. Selon le Dr B. \_\_\_\_\_, il n'y a pas d'explication convaincante pour les symptômes douloureux du membre supérieur gauche. Les symptômes décrits par l'assuré dépassent largement le cadre d'une tendinopathie banale du sus-épineux. De même, pour les lombosciatalgies atypiques, il n'y a aucun critère objectif de gravité. Il n'y a également aucun argument pour penser que l'accident de décembre 2009 a entraîné des lésions traumatiques significatives, notamment au niveau de l'épaule. Seules les séquelles de l'intervention du gros orteil droite sont évidentes avec un status après arthrodèse de l'interphalangienne non compliquée, avec une mobilité normale de la métatarso-phalangienne. Les douleurs thoraciques intermittentes n'ont pas non plus d'explication précise, les examens complémentaires ayant permis d'exclure une maladie coronarienne significative, malgré l'existence de plusieurs facteurs de risque cardiovasculaire. cc) En conclusion de leur rapport de synthèse du 30 janvier 2018, les experts de la Clinique K. \_\_\_\_\_ ont souligné que le manque de cohérences entre les éléments figurant dans le dossier, les allégations de l'assuré et les constatations objectives avait été relevé par tous les experts. Concrètement, il apparaît que l'anamnèse diverge auprès des trois experts, sans que l'on ne puisse imputer ces discordances à d'éventuels troubles cognitifs. A cela s'ajoute que l'assuré affirme ne plus s'être rendu en Bosnie depuis de nombreuses années, alors qu'il a déclaré aux co-experts se rendre en Bosnie en pèlerinage sur les tombes et les lieux commémorant la guerre, la dernière fois en 2017 (rapport de la Dresse V. \_\_\_\_\_ du 18 janvier 2018, p. 8). Au sujet du contexte social, l'assuré évoque une tendance au retrait social. Toutefois, il indique avoir été amené à la Clinique K. \_\_\_\_\_ en voiture par un ami chargé de venir le rechercher. En outre, il sort marcher deux fois par jour et se rend dans les cafés. dd) Des exagérations peuvent également être relevées dans d'autres rapports médicaux. En effet, il ressort du rapport médical du Dr M. \_\_\_\_\_ du 26 mars 2010 que, deux mois après le traumatisme consécutif à l'accident du mois de décembre 2009, la mobilité de l'épaule gauche était relativement faible, que le patient était très anxieux et se défendait chaque fois qu'il

s'agissait de l'examiner. Pour leur part, les Drs F.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ n'ont pas mis en évidence de lésion orthopédique ou traumatologique de l'épaule gauche expliquant l'importance des douleurs et de la gêne du patient (rapport du 2 mai 2014). ee) S'agissant de l'attitude du recourant en relation avec l'exercice d'une activité professionnelle, on constate qu'il a été licencié en raison de son comportement discourtois à l'égard de ses collègues (cf. lettre de licenciement du 18 décembre 2014). Dans ce contexte, il a expliqué à la gestionnaire de la CNA qu'il ne gardait pas longtemps ses emplois car il perdait vite les nerfs et explosait (cf. rapport d'entretien du 4 février 2015). Si la Dresse V.\_\_\_\_\_ a relevé l'existence d'une irritabilité et d'une réactivité caractérielle dans la personnalité du recourant, elle a toutefois considéré que celui-ci était capable de les contenir. Examinant les limitations fonctionnelles présentées par le biais du mini-CIF APP (instrument de mesure des aptitudes psychiques), elle a constaté que le recourant était en mesure de s'adapter à des règles et routines professionnelles, même si sa fiabilité pouvait être diminuée en raison des aspects liés à sa personnalité. De plus, il était capable de planifier et structurer des tâches ainsi que d'apprendre de nouvelles aptitudes professionnelles, d'autant plus qu'il ne présentait pas de trouble cognitif. Sa capacité de jugement et de prise de décisions était maintenue, les capacités d'affirmation étant par ailleurs présentes. En revanche, les capacités d'adaptation du recourant étaient réduites de même qu'il ne disposait que de faibles compétences spécifiques, compte tenu de son parcours professionnel. Selon la Dresse V.\_\_\_\_\_, les limitations fonctionnelles présentées n'interféraient pas dans l'exercice d'une activité simple, en l'absence d'une psychopathologie incapacitante. e) Au vu du tableau clinique mis en évidence, il y a lieu de retenir que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. f) Partant, l'absence de diagnostic incapacitant et de limitations fonctionnelles susceptibles de générer une limitation uniforme dans de nombreux domaines comparables de la vie doit être confirmée. En conséquence, il n'y a pas lieu d'examiner plus en avant les principes applicables en matière d'évaluation de la capacité de travail en présence de maladies psychiques.

#### **E. 9**

Par surabondance, la Cour de céans relève que le contrôle de chantier du 3 février 2015 a révélé que le recourant occupait un emploi d'aide-plâtrier sans en avoir avisé le Centre social régional – alors qu'il bénéficiait du revenu d'insertion – ni l'office AI – alors qu'une demande de rente de l'assurance-invalidité était en cours d'instruction. A cela s'ajoute que l'intéressé était en situation de récidive « en matière de travail au noir » (cf. rapport de contrôle du 3 février 2015), ce qui tend à montrer que la motivation du recourant dans cette procédure est davantage financière que médicale. Il a d'ailleurs fait l'objet d'un nouveau contrôle en février 2018, travaillant à 30% dans une entreprise depuis le 1<sup>er</sup> juin 2017, ce qui tend à ôter la crédibilité de l'avis médical de la Dresse N.\_\_\_\_\_ estimant qu'il est totalement incapable de travailler (cf. rapport du 20 avril 2018). Il convient encore de relever que le rapport de contrôle du 15 février 2018 indique que le recourant parle et comprend suffisamment le français, langue dans laquelle l'audition a été effectuée. Dans ces conditions, l'absence de maîtrise de la langue française ne paraît pas constituer un argument susceptible de justifier un éventuel empêchement du recourant à travailler.

#### **E. 10**

Le recourant sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits

présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011). b) Le dossier étant complet sur le plan médical, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale, telle que requise par le recourant. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions rapportées par les experts de la Clinique K.\_\_\_\_\_ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise le recourant, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire.

#### **E. 11**

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

#### **E. 12**

La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. A ce titre, il a été exonéré du paiement d'avances ainsi que du versement des frais judiciaires, si bien que ceux-ci sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des éventuels montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Il n'y a au surplus pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, aucun conseil d'office n'ayant été désigné.

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