

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 524 vom 12. Juni 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__524

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 524 du 12 juin 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 524 del 12 giugno 2019

Regeste

AFFECTION PSYCHIQUE, INVALIDITÉ{INFIRMITÉ}, DROIT D'ÊTRE ENTENDU, DIAGNOSTIC{EN GÉNÉRAL} | 29 Cst., 28 LAI, 4 LAI, 49 al. 3 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 1

a) 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).
b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). c) Le recours a été déposé en temps utile et satisfait en outre aux autres conditions de forme prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c). b) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid.

4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). c) Le présent litige a trait au droit du recourant à une rente d'invalidité.

E. 3

Dans un premier grief de nature formelle, le recourant fait valoir que la motivation de la décision litigieuse est lacunaire. a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées). b) En l'occurrence, l'avis du juriste joint à la décision est certes succinct. Il demeure néanmoins intelligible : on comprend en effet qu'il pose le postulat que les différents avis d'experts ou médecins apprécient la même situation, avec pour corollaire qu'il s'impose de décider quelles conclusions – de quel expert ou médecin – sont pertinentes, au contraire de l'avis du SMR qui juxtapose dans le temps toutes les appréciations de la capacité de travail faites par les experts et médecins. On comprend également que dans ce contexte, l'antériorité de l'expertise du Dr D. _____ par rapport à celles des Drs I. _____ et F. _____ est sans incidence. Par ailleurs, nonobstant la motivation succincte de l'intimé, le recourant a été en mesure de faire valoir ses arguments dans le cadre de la présente procédure judiciaire, ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer – le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à l'arrêt 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2).

Par conséquent, l'argument tiré d'une violation du droit d'être entendu doit être écarté. Au demeurant, même dans l'hypothèse d'une violation grave du droit d'être entendu, un renvoi à l'autorité administrative serait totalement disproportionné en présence, comme en l'espèce, de la nécessité d'une expertise judiciaire.

E. 4

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 et 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 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 (1^e phrase). 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 (2^e phrase). 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). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF

8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées). d) En substance, se fondant sur l'expertise du Dr I. _____ et déniaient toute valeur probante aux autres expertises, le recourant soutient qu'il présente une incapacité totale de travail depuis juillet 2008, lui ouvrant le droit à une rente entière d'invalidité. L'intimé, se référant dans un premier temps aux expertises des Drs D. _____ et G. _____, puis à l'expertise judiciaire, considère que le recourant présente une pleine capacité de travail. Préliminairement, il sera observé que le recourant a déposé sa demande de prestations le 24 juin 2010 de telle sorte que le droit à la rente prend naissance au plus tôt en décembre 2010. Il doit donc être déterminé en premier lieu si le recourant a présenté une incapacité de travail moyenne de 40 %, sans interruption notable au cours des douze mois précédant décembre 2010, et dans l'affirmative s'il présentait une invalidité d'au moins 40 % à cette échéance. Dans cette dernière hypothèse ne doit être appréciée que l'évolution de l'incapacité de travail jusqu'à la date de la décision litigieuse, soit jusqu'au 23 octobre 2014. Ces conditions temporelles entraînent pour conséquence que les rapports médicaux, et plus particulièrement les rapports d'expertise fondés sur des examens cliniques antérieurs à décembre 2009, ne sont en principe pas pertinents pour apprécier l'incapacité de travail pendant le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 LAI, qui plus est ultérieurement. Il ne pourra être tenu compte de ces rapports que sous l'angle des diagnostics et pronostics posés par leurs auteurs. Par ailleurs, les rapports médicaux établis dans les suites de l'hospitalisation psychiatrique du 19 au 21 avril 2017 n'entrent pas en considération dans la mesure où ils concernent des faits survenus postérieurement à la décision du 23 octobre 2014. 5) a) Dans ses griefs à l'encontre de l'expertise judiciaire du Dr K. _____, le recourant fait valoir en premier lieu que les données subjectives, personnelles et familiales retenues par cet expert recèleraient des incohérences, des incompréhensions, voire des erreurs. Il cite divers extraits de l'expertise en soutenant que les faits rapportés ne sont pas conformes à la réalité, respectivement à ses déclarations à l'expert, pour en déduire que l'analyse et les conclusions de l'expertise ne sont pas fiables. Une expertise est considérée comme incomplète notamment lorsque l'expert ne tient pas

compte de faits importants ressortant du dossier ou lorsque dans le cadre de l'examen, particulièrement de l'interrogatoire de l'expertisé, des faits importants ne figurant pas dans le dossier n'ont pas été mis en évidence (TF I 568/06 du 22 novembre 2006 consid. 5.1) A fortiori, en présence d'éléments de fait erronés ou interprétés par l'expert, la valeur probante de l'expertise sera niée pour autant que l'erreur ou le phénomène d'interprétation portent sur des faits importants déterminants pour l'appréciation des diagnostics et de la capacité de travail. A cela s'ajoute que par définition, une anamnèse personnelle, familiale et sociale repose pour une bonne partie sur les déclarations de l'expertisé, lesquelles peuvent souffrir d'inexactitudes ou d'imprécisions. L'expert a par ailleurs la liberté de définir quels éléments anamnestiques lui paraissent essentiels et n'a pas une obligation d'exhaustivité dans la relations des faits rapportés par l'expertisé. La valeur probante de l'expertise ne sera affectée que si l'inexactitude, l'imprécision ou le manque d'exhaustivité se rapportent à des éléments factuels importants pour l'appréciation de la cause. En l'occurrence, il est improbable que l'expert ait introduit dans son rapport des éléments anamnestiques qui ne ressortiraient pas des déclarations du recourant ou des pièces au dossier, tels que son intérêt pour les [...], au demeurant réel, ou quelques détails relatifs à l'acquisition d'un immeuble à [...]. On ne conçoit guère quel aurait été l'intérêt de l'expert à imaginer ces faits, au demeurant sans importance sur l'appréciation finale. En outre, certains des extraits de l'expertise cités par le recourant, complétés ou rectifiés dans le cadre de ses déterminations, se rapportent à des faits également sans réelle incidence sur l'appréciation de l'état de santé psychique de l'intéressé (identité de la partie opposée dans le cadre du conflit à l'époque de son apprentissage, vie en couple de son frère, dimension et rythme de fréquentation des centres commerciaux, astreinte à une rente de 15 % en faveur de son ex-épouse en cas de reprise d'une activité, remise en question de la schizophrénie de sa fille). Le recourant perd par ailleurs en crédibilité lorsqu'il soutient que son hospitalisation psychiatrique en 2002 a duré quatre jours et reproche à l'expert d'avoir mentionné quatre semaines alors que le rapport d'hospitalisation mentionne effectivement un séjour du 24 mai au 29 juin 2002. Il en va de même s'agissant de la durée de sa formation dans les années 1990, qui n'est pas d'un mois comme il le soutient mais largement supérieure au vu des pièces au dossier de l'OAI relatives aux différentes mesures de réadaptation mises en place dès 1991. Dans le même esprit, le recourant reproche à l'expert d'avoir mentionné le suivi de cours de comptabilité pendant six semaines en lieu et place de dix jours ; or, au dossier de l'intimé figure une attestation délivrée le 15 décembre 2010 portant sur la participation à un cours de comptabilité du 18 octobre 2010 au 10 décembre 2010 (P. 128). Le recourant soutient également avoir parlé à l'expert de deux tentatives de suicide en voiture « ces derniers mois », donnant lieu à des rapports de police, mais n'apporte pas la preuve que ces événements seraient antérieurs aux dates d'examen clinique d'août et septembre 2016. Par ailleurs, il sera observé que le recourant a manifestement tenu des propos permettant de considérer qu'il était impliqué dans l'exploitation de la boutique de son épouse, l'expert citant ceux-ci entre parenthèses (p.16 « on a aménagé ça en boutique, mais on a eu beaucoup de bâtons dans les roues par le service social, je pensais que l'on avait pu réussir, c'était bien ce qu'on a fait »). Pour le surplus, en relation avec le grief d'interprétation des faits par l'expert, le recourant tente en réalité de substituer sa propre appréciation à celle de l'expert, dictant les conclusions que celui-ci aurait dû selon lui tirer des faits (libido, adoption d'un rôle de victime, implication dans la boutique ouverte par son épouse). En conclusion, il n'existe pas d'indices concrets permettant de douter de la valeur probante de l'expertise s'agissant des éléments

d'anamnèse retenus par l'expert. b) Le recourant fait encore grief à l'expert d'avoir orienté ses questions. Or, il ressort des lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance SSPP et SSPA 2016 que si l'expertisé se voit dans un premier temps accorder la possibilité de s'exprimer spontanément (ch. 3.1), l'entretien approfondi implique un entretien libre et des questions structurées (ch. 3.2.1). L'examen fait appel à un large spectre de techniques et de stratégies d'investigations, allant de la conversation libre à des formes d'entretien très structurées (p. 16). L'expert dispose ainsi d'une grande latitude dans sa méthode d'investigation et il ne saurait être reproché au Dr K. _____ d'avoir posé au recourant des questions dirigées ou fermées s'il l'estimait nécessaire à l'exhaustivité de l'anamnèse. c) Le recourant critique encore le fait que l'expert judiciaire se soit prononcé sur des périodes antérieures à l'examen clinique. Or, c'est précisément le mandat d'un expert que d'apprécier rétroactivement la capacité de travail d'un assuré et son évolution dans le temps. d) Dans un autre moyen le recourant reproche à l'expert K. _____ de ne pas avoir utilisé l'échelle d'Hamilton. Or, l'expert explique pour quelles raisons il n'a pas fait passer ce test au recourant, savoir que ce test ne peut pas servir d'instrument de diagnostic, que plusieurs de ces éléments dépendent des réponses subjectives de l'expertisé et enfin, que son utilité paraît limitée dans le cadre d'une expertise, particulièrement en présence d'incohérences entre les plaintes de l'expertisé et ses activités quotidiennes et sociales. Par ailleurs, ni les lignes directrices précitées (p. 20), ni la jurisprudence n'imposent le recours à des instruments psychodiagnostiques, comme le test de Hamilton. Il appartient à l'expert de décider de l'opportunité de la mise en œuvre de tels test (TC 8C_798/2010 du 17 novembre 2010 consid. 3.1). Il en va au demeurant de même de la nécessité d'obtenir des renseignements complémentaires auprès des médecins traitants. Cela étant, les choix méthodologiques de l'expert ne sont pas critiquables au regard de la jurisprudence comme des exigences de qualité précitées. e) Enfin, le recourant émet l'hypothèse que l'expert se soit laissé dépasser par un ressenti négatif au point de douter de l'authenticité de ses souffrances. Il ne ressort cependant pas de l'expertise des éléments objectifs permettant de supposer l'existence d'une quelconque subjectivité ou prévention de l'expert à l'égard du recourant. Le Dr K. _____ est demeuré factuel et n'a pas formé de jugement de valeur.

E. 4.2

de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources

adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

b) Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues à l'ensemble des maladies psychiatriques (ATF 143 V 418 et 143 V 409). Plus particulièrement, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit désormais 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 du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (cf. TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

c) En l'espèce, les diagnostics psychiatriques posés par les différents experts et médecins sont quelque peu divergents. La Dresse E._____ évoque un trouble dépressif majeur, chronifié. Le Dr D._____ retient un trouble dépressif majeur, épisode isolé, soit depuis le milieu de l'année 2008 , en rémission partielle et de gravité actuelle mineure (F32.6), ainsi qu'un trouble de la personnalité non spécifié (F60.9), des traits de personnalité limite et obsessionnelle-compulsive. Le Dr F._____ mentionne le diagnostic d'état dépressif de degré moyen (F.32.1) chez une personnalité fragile narcissiquement, actuellement décompensée (F60.8). Le Dr G._____ retient quant à lui les diagnostics d'autres troubles spécifiques de la personnalité (narcissique) (F60.8) et de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Le Dr I._____ évoque les diagnostics de trouble dépressif récurrent (F33.2), épisode actuel moyen à sévère et de troubles mixtes de la personnalité associant des traits narcissiques et de personnalité de type état limite (F 61.0). Enfin, le Dr K._____ pose les diagnostics de personnalité narcissique et émotionnellement labile (F61.0), existant depuis l'adolescence, et de dysthymie (F34.1), existant probablement depuis l'adolescence. Etant rappelé que du

point de vue de l'assurance invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2), les divergences entre experts sur ce point s'avèrent mineures. En effet, les diagnostics de trouble dépressif, d'état dépressif et de dysthymie relèvent tous du groupe des troubles de l'humeur (affectifs) selon la CIM-10. En réalité, ces diagnostics ne font que refléter les appréciations différentes des experts quant à l'intensité et à la fréquence des troubles de l'humeur et ne sauraient ainsi être considérés comme intrinsèquement contradictoires. Les Drs I._____ et K._____ se rejoignent quant au diagnostic de troubles de la personnalité (F61.0), le second lui déniant cependant toute influence sur la capacité de travail au contraire du premier. d) A titre liminaire, il sera observé que seule l'expertise du Dr K._____ a été établie sur la base d'un questionnaire intégrant les nouvelles exigences jurisprudentielles. Le fait qu'une expertise psychiatrique, comme en l'espèce celle du Dr I._____, n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par la jurisprudence ne suffit pas pour autant à lui dénier d'emblée toute valeur probante. (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1). En l'espèce, l'expertise du Dr I._____ ne contient cependant pas les éléments nécessaires à une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants, notamment du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé. En effet, ce médecin se fonde principalement sur les plaintes exprimées par le recourant pour apprécier le degré de gravité du trouble dépressif et son impact sur la capacité de travail, sans les confronter aux éléments anamnestiques, au demeurant lacunaires car ne permettant pas de vérifier la répercussion de l'atteinte à la santé psychique dans les différents domaines de la vie. L'expert fait mention de troubles cognitifs sans toutefois les objectiver à la faveur de des examens cliniques successifs. Notamment, il ne fait pas état de difficultés particulières à retracer l'anamnèse du recourant. A cela s'ajoute que l'examen neuropsychologique effectué depuis lors par le psychologue L._____ met en évidence de bonnes compétences cognitives dans tous les domaines testés, sous réserve de la mémoire épisodique en modalité verbale. Le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte psychique retenu par Dr I._____ n'est pas cohérent avec l'absence de traitement et de médication psychiatriques, autre qu'un somnifère, depuis février 2010 et cet expert ne discute pas de cette incohérence, se contentant de prêter un effet contre-productif à un tel traitement. S'agissant du trouble de la personnalité, le Dr I._____ détaille les circonstances de sa survenance sans toutefois démontrer plus avant quelles limitations fonctionnelles entraînerait ce trouble dans une activité professionnelle. Enfin, il convient de constater que l'expertise du Dr I._____ est lacunaire au point qu'il n'est pas possible d'apprécier la surmontabilité par le recourant des effets de sa personnalité, qualifiée de décompensée par ce praticien. Quant au consilium du Dr F._____, il s'avère par trop succinct pour se voir conférer valeur probante selon les critères jurisprudentiels actuels. e) Dans son rapport du 13 octobre 2016, l'expert K._____ a conclu que les atteintes psychiques du recourant, soit celles de personnalité narcissique émotionnellement labile et de dysthymie, n'étaient pas incapacitantes. Cette expertise a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. L'expert a décrit de manière exhaustive les plaintes du recourant et les a confrontées à ses observations cliniques ainsi qu'à l'anamnèse. Il a longuement développé les raisons pour lesquelles il écartait le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère pour retenir celui de dysthymie, en listant diverses incohérences entre les plaintes et l'examen clinique d'une part et les éléments objectivables de l'anamnèse d'autre part, tels que capacité de poursuivre des activités sociales,

administratives, ménagères, de s'engager dans des procédures judiciaires, d'avoir des projets, de mener une vie autonome et de chercher une solution à ses problèmes, ou encore l'absence de traitement psychiatrique. Dans le cadre de l'examen clinique, l'expert a observé, contrairement aux plaintes formulées par le recourant, une réactivité émotionnelle à des événements agréables, la capacité d'interagir de manière adéquate avec l'interlocuteur et de participer activement aux entretiens cliniques sans signe de fatigue, ni diminution importante de l'attention et de la concentration, l'absence de sentiment prédominant de culpabilité ou de dévalorisation en relation avec les injustices et blessures alléguées, le maintien de l'espoir d'obtenir gain de cause respectivement l'absence d'attitude pessimiste face à l'avenir, l'absence d'idées ou d'actes auto agressifs, de ralentissement ou d'agitation au plan psychomoteur, de dépression plus marquée matinale ou de réveil matinal précoce, de perte marquée de l'appétit ou de la libido. Par ailleurs, l'examen neuropsychologique confirmait l'existence de bonnes compétences cognitives, à l'exception de la mémoire épisodique en modalité verbale, compétence ressortant également de l'examen clinique psychiatrique. Enfin, l'expert a détaillé les éléments factuels qui fondaient le diagnostic de dysthymie, savoir que le sentiment d'épuisement prédominait, que les fluctuations de l'humeur avec des abaissements se limitaient à quelques jours et n'empêchaient pas le recourant de faire face aux exigences de la vie quotidienne, et enfin que le mauvais sommeil, la perte de confiance et les ruminations constituaient des symptômes légers. Par ailleurs, l'expert a expliqué de manière détaillée et convaincante, soit en reprenant les différentes étapes de vie du recourant, les raisons pour lesquelles il considérait que celui-ci disposait de ressources personnelles manifestes, de telle sorte que les difficultés objectivables dues à la dysthymie, atteinte caractérisée par des symptômes légers et s'inscrivant en l'occurrence dans une personnalité narcissique émotionnellement labile, étaient insuffisantes pour justifier une incapacité de travail durable au plan psychique. f) Pleine valeur probante pouvant être conférée à l'expertise judiciaire, il doit être retenu que le recourant ne présente pas d'atteinte invalidante et dispose d'une capacité de travail totale dans toute activité. g) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi d'autres mesures d'instruction (nouvelle et ultime expertise, IRM, interpellation du Dr K. _____) seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées). En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

E. 6

a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – la capacité de travail raisonnablement exigible d'un assuré souffrant d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tel que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) et la fibromyalgie (ATF 132 V 65). Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de

l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid.

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