

# **VD\_GERICHTE ZD07.035425 vom 12. Januar 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-01-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD07.035425](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD07.035425)

FR: VD\_GERICHTE ZD07.035425 du 12 janvier 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD07.035425 del 12 gennaio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique Les experts considèrent qu'il n'y a pas de limitation au plan physique, mais ne sont qualifiés que pour investiguer le champ d'éventuelles limitations psychiques. Au plan psychique et mental M. V. \_\_\_\_\_ a par contre souffert de pertes successives, sur ces dernières années qui l'ont d'ailleurs amené à une hospitalisation pour une décompensation psychotique. Même s'il a recouvré actuellement une stabilité psychique, il n'en demeure pas moins vulnérable sur le plan psychique, à la merci de toutes nouvelles situations de vie ou de travail, potentiellement stressantes. Nous estimons toutefois qu'une reprise partielle sur le plan professionnel pourrait lui servir d'étayage et l'aider à se reconstruire sur le plan narcissique. Au plan social Relevons que jusqu'en 2000 l'expertisé s'était aménagé un environnement familial et professionnel rassurant, susceptible de contenir ses angoisses liées aux contacts avec autrui, étayant son quotidien, et donnant l'illusion d'un fonctionnement autonome en société. Depuis la disparition de cet environnement, les problèmes sociaux sont apparus, tant sur le plan du contact avec autrui, que

- 4 - sur le plan des gains financiers, M. V. \_\_\_\_\_ bénéficiant actuellement de l'aide sociale, complètement assisté depuis que les prestations de son assurance perte de gains ont pris fin en décembre 2003.

### **E. 2**

Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

#### **E. 2.1**

Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) M. V. \_\_\_\_\_ n'ayant plus eu d'activité professionnelle depuis quatre ans, il faut à notre avis axer les efforts sur un accompagnement de sa tentative de réinsertion professionnelle, raison pour laquelle nous proposons un stage, en vue d'évaluer, essentiellement le degré de sa capacité de travail, ainsi que son rendement dans une activité exigible.

#### **E. 2.2**

A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail? Il est possible qu'ainsi M. V. \_\_\_\_\_ recouvre une capacité de travail partielle.

- 6 -

#### **E. 2.3**

L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui dans quelle mesure (heures par jour)? M. V. \_\_\_\_\_ ayant d'abord exercé une activité de chauffeur-livreur, puis de

manutentionnaire, ce type d'activité reste pertinent en ce qui le concerne. Au vu de son peu de qualification initiale et de son trouble de la personnalité, il serait souhaitable à la fois de promouvoir les activités manuelles, tout en évitant les situations de contacts prolongés sur le plan social (la vente par exemple) avec la clientèle.

#### **E. 2.4**

Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure? Actuellement peu évaluable puisque l'expertisé n'a pas repris d'activité professionnelle depuis mars 2002. Entre son hospitalisation, et l'incapacité de travail actuelle, on relève qu'il a recouvré une capacité de travail à 50% depuis le 1er septembre, puis à 100% depuis le 22 octobre. De fait, il n'a pas repris d'activité professionnelle, a bénéficié du chômage jusqu'en mars 2002, date à laquelle il a ensuite bénéficié d'une incapacité de travail à 100%. Les experts recommandent une évaluation plus précise autant de sa capacité de travail résiduelle que du rendement résiduel, sous forme d'un stage en atelier spécialisé.

- 5 -

#### **E. 2.5**

Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins? En regard de la discussion menée ci-dessus et de nos réponses aux questions 2.1 et 2.2, nous estimons que l'incapacité de travail existe depuis le 13 juillet 2000.

#### **E. 2.6**

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Incapacité de travail de 100% du 13 juillet au 31 août 2000 puis à 50% du 1er septembre au 22 octobre 2000, date à laquelle le patient aurait dû reprendre une activité professionnelle à 100%, et à partir de laquelle il a bénéficié de l'assurance chômage. Nouvelle incapacité de travail à 100% du 1er mars 2002 à ce jour et ce dès la fin des prestations de l'assurance chômage.

#### **E. 3**

D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

##### **E. 3.1**

Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité? Non, à notre avis, exiger que M. V. \_\_\_\_\_ refasse une formation, ou exerce une autre activité que celles pour lesquelles il est compétent, équivaudrait à le soumettre à une pression trop forte de par ses capacités d'adaptation limitées. Dans des conditions de trop fortes pressions, une nouvelle décompensation de sa maladie psychique n'est pas exclue, avec comme conséquence une invalidation plus forte sur le plan de sa capacité de travail.

##### **E. 3.2**

Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)? 4h par jour environ, sous réserve d'une évaluation soigneuse effectuée selon les modalités préconisées ci-contre.

##### **E. 3.3**

Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure? Il ne nous est pas possible de répondre avec exactitude à cette question, car l'expertisé n'a pas exercé d'activité professionnelle depuis quatre ans". L'OAI a soumis le rapport d'expertise des

Dresses G. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ au SMR, qui a préconisé dans un avis médical du 8 décembre 2004 que des tests psychologiques de personnalité soient effectués et que la Dresse G. \_\_\_\_\_ indique les limitations fonctionnelles psychiatriques dans le métier habituel de l'assuré (chauffeur poids lourds et livreur). Dans son rapport d'examen psychologique du 9 février 2005 adressé à l'OAI, X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychologie clinique FSP, a posé la conclusion suivante: "Il s'agit d'un fonctionnement psychotique de nature paranoïaque avec des aspects pervers associés. Monsieur V. \_\_\_\_\_ présente un niveau intellectuel inférieur à la moyenne qui le situe dans la zone des sous-doués. Théoriquement il pourrait exercer une activité professionnelle non qualifiée mais ce type de fonctionnement de la personnalité engendre des relations sociales et professionnelles très facilement conflictuelles.

- 7 - Monsieur V. \_\_\_\_\_ présente un vécu de persécuté et de lésé, vécu qui a évidemment été alimenté par des éléments de la réalité, parmi lesquels figurent par exemple le handicap de son enfant et son hospitalisation d'office en milieu psychiatrique". Le 11 mars 2005, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a répondu en ces termes à la question de savoir quelles étaient les limitations fonctionnelles psychiatriques de l'assuré dans le métier habituel de chauffeur poids lourds et livreur: "M. V. \_\_\_\_\_ ayant d'abord exercé une activité de chauffeur-livreur, puis de manutentionnaire, ce type d'activité reste pertinent en ce qui le concerne. Comme déjà mentionné, il est souhaitable de promouvoir les activités manuelles en ce qui le concerne tout en évitant les situations de contact prolongées sur le plan social avec la clientèle. Ces réflexions sont également valables pour le métier de chauffeur poids lourds / livreur. Il faut noter également que M. V. \_\_\_\_\_ présente actuellement une résistance plus faible aux éléments stressants de la vie quotidienne et qu'il pourrait vite se retrouver en difficulté s'il devait être soumis à des stress professionnels importants. Il serait convenable d'évaluer les éléments potentiellement stressants en fonction des capacités de résistance psychique de l'expertisé. Par exemple, on peut penser que les délais de livraison à tenir, un rythme de production élevé, puissent être des éléments susceptibles de mettre l'expertisé en difficulté. Nous maintenons toutefois qu'il est nécessaire qu'il reprenne une activité professionnelle à temps partiel". Dans un rapport médical du 28 avril 2005, les Drs D. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint du SMR, ont relevé qu'il n'y avait ni dépression, ni anxiété généralisée et que l'on se trouvait en présence d'un trouble de la personnalité qui n'était pas une maladie psychiatrique invalidante. Les limitations fonctionnelles étaient une sensibilité au stress. Ils estimaient que la capacité de travail demeurait entière dans les précédents emplois de l'assuré. Par décision du 4 mai 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, motif pris qu'une capacité de travail entière était raisonnablement exigible de lui tant dans ses emplois précédents que dans toute autre activité lucrative de son choix. Le 9 juin 2005, l'assuré, représenté par Procap, a formé opposition à la décision précitée, faisant valoir en substance que selon les

- 8 - conclusions claires et précises du rapport d'expertise psychiatrique du 9 novembre 2004, il souffrait de troubles psychiques influençant sa capacité de travail, le rapport d'évaluation de la psychologue X. \_\_\_\_\_ ne remettant pas en question les conclusions de l'expertise. En complément à son opposition, l'assuré a produit le 6 décembre 2005 un rapport médical du Dr Q. \_\_\_\_\_ adressé le 8 novembre 2005 à Procap, selon lequel il présentait un trouble de la personnalité de type schizoïde avec des traits de caractère dépendants et des troubles psychiques qui influençaient de façon importante sa capacité de travail pour une durée indéterminée. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a encore relevé que son patient

avait été admis en urgence dans le service urologique du CHUV avec une intervention chirurgicale le 28 septembre 2005 pour un séminome testiculaire droit avec une invasion vasculaire et qu'il subirait une radiothérapie à visée curative. Etait également joint un rapport médical du 24 octobre 2005 Dr S. \_\_\_\_\_, radio-oncologue au CHUV, destiné au Dr Q. \_\_\_\_\_, qui posait les diagnostics suivants: "Séminome testiculaire droit pT2 N0 M0, avec invasion vasculaire. Status post-orchidectomie droite (9.5 cm) par voie inguinale le 28.09.2005. Status post-orchidopexie droite à l'âge de 12 ans. Hépatite C chronique connue depuis 2003. Etat dépressif chronique non traité" Selon un avis médical du SMR du 10 juillet 2006 de la Dresse D. \_\_\_\_\_, lu et approuvé le 12 juillet 2006 par le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, le trouble de la personnalité de l'assuré n'avait pas empêché ce dernier de travailler de manière stable. La capacité de travail devait être définie par les médecins et non par des réadaptateurs, un stage d'observation ne se justifiant pas. Quant au traitement d'un séminome découvert en automne 2005, il s'agissait d'un fait nouveau qu'il fallait instruire au plan somatique. Le Dr S. \_\_\_\_\_, dans son rapport médical adressé à l'OAI du 28 mars 2007, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de séminome testiculaire droit de stade pT2 N0 M0, de status post-orchidectomie droite par voie inguinale le 28 septembre 2005 et de status

- 9 - post-orchidopexie droite à l'âge de 12 ans. Il était d'avis que l'état de santé de l'assuré, qui avait été traité du 15 au 29 novembre 2005, était stationnaire. L'examen clinique était normal, le dosage des marqueurs tumoraux dans les normes et le CT-scan thoraco-abdominal du 4 décembre 2006 normal. Le Dr S. \_\_\_\_\_ estimait que le pronostic était bon et que le risque de rechute était extrêmement faible. Dans l'annexe au rapport médical du même jour, ce médecin a relevé que l'activité exercée jusqu'à maintenant était encore exigible, l'assuré ne présentant pas de limitations fonctionnelles. Dans un rapport médical remis à l'OAI du 18 avril 2007, le Dr J. \_\_\_\_\_, urologue au CHUV, a posé les mêmes diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail que le Dr S. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 mars 2007, posant en outre celui de status post drainage d'abcès inguinal droit le 7 octobre 2005. De l'avis de ce praticien, l'état de santé de l'assuré était stationnaire et le pronostic bon. L'activité exercée jusqu'à maintenant était encore exigible et l'assuré ne présentait pas de limitations fonctionnelles (annexe au rapport médical du 18 avril 2007). Dans un avis médical du SMR du 19 octobre 2007, le Dr H. \_\_\_\_\_, anesthésiologue FMH, a relevé ce qui suit: "Somatique: status après séminome testiculaire (09.2005). Selon l'urologue et l'oncologue, ce diagnostic n'influence pas la CT. En effet cette tumeur répond en règle générale à un traitement peu agressif et est d'un bon pronostic. Psychiatrique: voir rapport d'examen SMR du 28.04.2005. Cette appréciation reste valable. Il est bien clair qu'un diagnostic tel que posé chez l'assuré en septembre 2005 peut entraîner une dépression. Cette dépression serait donc réactionnelle et d'une durée limitée. L'assuré présente un QI de 68, apparemment de longue date (absence d'événement récent susceptible de diminuer le QI). Néanmoins malgré cela il a pu travailler pendant de nombreuses années comme chauffeur poids-lourd. Au vu de ce qui précède, une valeur invalidante ne pourrait être attribuée de ce fait". Par décision sur opposition du 22 octobre 2007, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré, retenant en substance que ce dernier ne

- 10 - présentait aucune atteinte à la santé justifiant un arrêt de travail prolongé, tant sur le plan somatique que psychiatrique. B. Le 21 novembre 2007, l'assuré, toujours représenté par Procap, fait recours contre cette décision auprès du Tribunal des assurances du canton

de Vaud et conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de celle-ci, à ce que le droit aux prestations soit constaté et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. Le recourant requiert le bénéfice de l'assistance judiciaire et la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il fait valoir en substance qu'il résulte de l'expertise du 9 novembre 2004 de la Fondation de Nant qu'il souffre d'une atteinte à la santé invalidante, que sa capacité de travail a été inexistante pendant de nombreux mois, que si une capacité résiduelle devait certes exister en théorie, il n'a jamais été question d'une capacité entière, que la Dresse D.\_\_\_\_\_ n'est pas spécialisée en psychiatrie et ne l'a pas examiné et que l'OAI, refusant de compléter l'instruction par un stage en atelier, aurait dû pour le moins demander un complément d'expertise psychiatrique afin de déterminer sa capacité de travail résiduelle, le dossier ne permettant pas de statuer en toute connaissance de cause sur son droit aux prestations. Il expose en outre que l'influence de son état dépressif surajouté et de l'asthénie consécutive au traitement de radiothérapie sur sa capacité de travail doit être définie par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise avec volet psychiatrique destiné à réactualiser le dossier de l'OAI. Il déplore en outre le fait que le SMR n'ait pas abordé la question de son QI inférieur à 70. Le 30 novembre 2007, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire provisoire, un délai au 31 décembre 2007 lui étant imparti pour produire la décision d'assistance judiciaire. Le 11 décembre 2007, le recourant, par l'intermédiaire de Procap, a produit un rapport médical du 4 décembre 2007 du Dr Q.\_\_\_\_\_ à la teneur suivante:

- 11 - "Ce patient a un suivi médical régulier dans le cadre du suivi oncologique d'un séminome du testicule droit avec hémicastration droite en date du 28.9.2005. Un Ct-Scan est prévu pour le début de l'année 2008. L'évolution sur le plan oncologique est actuellement tout à fait favorable. Sur le plan psychique, il faut relever des troubles de la personnalité de type schizoïde avec des traits de caractère dépendant. Ces troubles sont actuellement anciens puisqu'ils remontent à 7 ans. Une hospitalisation à la clinique de Nant a eu lieu en juin 2000. Sur le plan formel, il est clair que ce patient devrait pouvoir bénéficier des mesures de réadaptation de la part de l'assurance- invalidité. Sur le plan psychiatrique, il devrait également bénéficier d'une nouvelle expertise psychiatrique par exemple chez un confrère psychiatre [...]" . Par courrier du 19 décembre 2007, l'OAI a indiqué qu'il ne souhaitait pas se déterminer dans cette affaire. Dans sa réplique du 30 janvier 2008, l'assuré, par son représentant, confirme les conclusions de son recours du 21 novembre 2007 et ses réquisitions de preuve, précisant que l'affaire ne devrait pas être jugée en fonction de l'appréciation du SMR mais sur la base des rapports des spécialistes qui l'ont examiné personnellement, rappelant qu'une expertise pluridisciplinaire avec volet psychiatrique est indispensable. Dans sa duplique du 30 janvier 2008, l'OAI conclut au rejet du recours et relève que le rapport du 4 décembre 2007 du Dr Q.\_\_\_\_\_ ne fournit pas d'éléments nouveaux, estimant pour le surplus qu'une expertise n'est pas nécessaire. Dans une écriture du 27 février 2008, le recourant, par son conseil, observe que l'avis du SMR constitue une synthèse des nombreux documents recueillis mais n'a pas de véritable portée autonome pour l'instruction de la cause.

- 12 - Par avis du 8 septembre 2009, la juge instructrice a informé les parties qu'il lui paraissait nécessaire d'effectuer une expertise psychiatrique et leur a fixé un délai pour faire des propositions d'experts et déposer un questionnaire. Le 14 octobre 2009, la juge instructrice a désigné en qualité d'expert le Dr W.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH. Ce dernier a rendu son rapport d'expertise le 12 mars 2010. Il y a relevé qu'il n'y

avait aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, retenant comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail "autres troubles spécifiques de la personnalité, ici personnalité narcissique, avec faible impact clinique (F60.8 CIM-10)". Sous la rubrique "constatations cliniques" de son rapport, l'expert a notamment observé ce qui suit: "En résumé, nous avons vu un homme qui ne présente aucun stigmaté psychopathologique majeur. Il y a des particularités dans le sens d'un éloignement aux normes habituelles de communication, d'intégration d'opinion d'autrui et d'accepter et de formuler des compromis. Il existe aussi une volonté exprimée et réitérée de vivre une vie avec le moins de contraintes possibles («je veux la paix!»). Tout le long de notre examen, nous avons vérifié auprès de l'assuré si nos reformulations correspondaient à ce qu'il voulait exprimer. A la fin nous avons vérifié s'il s'est senti compris et ne désirait rien ajouter". Sous le titre "discussion" de son rapport d'expertise, le Dr W. \_\_\_\_\_ a en particulier relevé ce qui suit: "Sur le plan professionnel il n'y a pas du tout eu d'instabilité dont parle la précédente expertise psychiatrique. Tout d'abord l'assuré a assumé pendant bien 11 ans un travail en tant qu'ouvrier. Ensuite, dans ses emplois en Suisse, il est resté dans la même entreprise, bien qu'elle ait changé de nom et qu'il y eut deux périodes de chômage qui ont entrecoupé ses engagements. Si l'on fait les décomptes exacts, sans période de chômage, il était pendant 14 ans actif dans l'entreprise " [...]", alias " [...]". Si l'on compte les périodes de chômage (où la personne est en principe disponible et appelée au travail), ainsi que la période antérieure en France, on arrive à un cumul de 27 ans d'activité. Ceci ne reflète donc en rien une instabilité ni professionnelle, ni personnelle. [...]

La situation actuelle se présente donc de la manière suivante:

- 13 - L'assuré vit d'une manière solitaire dans son appartement à [...], mais il n'est pas isolé pour autant, il n'est pas inapte au contact en soi. Il maintient, selon ses besoins, un certain nombre de relations. Il n'y a plus aucun suivi psychiatrique et psychothérapeutique et il estime ceci inutile. Il n'y a aucune prise de médicaments, ni somatique, ni psychiatrique (à part des vitamines et oligoéléments). La situation clinique de base est compensée. Nous avons vu et décrit un homme euthymique, d'une énergie vitale maintenue, sans trouble cognitif, sans anxiété cliniquement relevante, dans l'ensemble plutôt posé, calme et proche de la normalité. Ce qui nous a le plus frappé était un discours centré sur lui-même, se référant constamment à ses propres expériences, lectures et systèmes de pensées, ne laissant que très peu de place à autrui. Ce type de fonctionnement est caractérisé comme "narcissique", terme qui est formellement dans le code diagnostic dans la catégorie "autres troubles spécifiques de la personnalité". C'est d'ailleurs cette catégorie que le psychiatre traitant avait choisie à l'époque. L'impact de cette particularité est légère à moyenne. Très certainement, selon nos observations, il dépasse le niveau de "accentuation de traits de personnalité". Mais autrement, il ne s'agit pas d'une pathologie qui amène à un dysfonctionnement clinique significatif. D'autres confrères ont retenu le terme de personnalité dépendante. Nous avons ici quelques hésitations car l'assuré s'assume depuis plusieurs années d'une manière non dépendante. On peut par contre comprendre ce terme dans un contexte historique: très probablement, lié aux carences de l'assuré dans son enfance, il était important pour lui de combler les lacunes affectives. De ce fait, il s'est engagé d'une manière assez intense envers sa femme, sa belle-famille et également son employeur. Tout cet entourage est devenu pour lui un repère très important. Au moment de la coupure, il s'est trouvé déstabilisé, comme le trouble d'adaptation l'évoque justement. Par la suite, en manque de repères, il a probablement développé un investissement "hypertrophié" de lui-même. Ainsi nous nous expliquons le glissement vers

le narcissisme. Par moments l'assuré nous a rappelé aussi un fonctionnement des personnalités type "faux self" qui construisent une carapace extérieure de fonctionnement, de croyance en cette présentation, bien que l'intérieur soit fragile, creux ou déstabilisé. Ainsi, d'une manière psychodynamique, on peut expliquer ce glissement d'un fort investissement à autrui (proche de la dépendance), vers un système d'autoréférence (narcissique). [...] On constate ici qu'il n'y a pas suffisamment de critères réunis pour retenir le diagnostic en question [d'une personnalité schizoïde].

- 14 - Ce qui est fâcheux aujourd'hui est le fait que l'assuré reste très fortement ancré dans ses croyances mais aussi ses décisions. Se considérant comme inapte, blessé par l'affection cancéreuse, convaincu de souffrir toujours de métastases (bien que ses médecins lui aient confirmé le contraire), désirant "avoir la paix", il devient immuable et impénétrable pour toute argumentation ou réflexion. Il se dévoile aussi indirectement ce que l'hôpital psychiatrique a caractérisé comme "homme assez manipulateur" (terme d'ailleurs plutôt rare dans un rapport psychiatrique), qui veut arranger la réalité à sa manière. Aujourd'hui l'assuré est donc toujours dans une dynamique de demande de rente, très fortement conditionné dans ce désir, en parallèle aussi très fortement déconditionné par rapport à toute idée d'insertion normale dans la réalité. Cette vision personnelle des choses contraste très fortement avec les constats cliniques où l'on voit, à part les traits narcissiques décrits, aucune raison psychiatrique qui empêche une insertion professionnelle". Le Dr W. \_\_\_\_\_ a encore fait les observations suivantes au chapitre "diagnostic et conclusions" de son rapport d'expertise: "Selon notre analyse, le patient a vécu un trouble d'adaptation dans le passé, qui s'est déroulé approximativement entre 1999 et 2002. Il est pour cette période très difficile à trancher car, comme nous l'avons décrit, le médecin traitant a établi des certificats tandis que le psychiatre traitant les a refusés. Vu les faits, nous avons invalidé la notion d'un trouble schizoïde, de même que la présence d'un trouble de dépendance avec impact clinique, pour rejoindre le psychiatre traitant dans son appréciation. Si nous fonctionnons en analogie, nous pouvons déterminer qu'une année après le divorce, l'hypothétique trouble de l'adaptation de l'assuré a été résorbé. Ainsi, par la suite, il n'y a plus d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique". En réponse aux questions qui lui étaient posées, l'expert a indiqué que sans volonté de l'assuré, des mesures de réadaptation professionnelles étaient non prometteuses. Quant aux activités exigibles, il a expliqué que d'un point de vue psychiatrique, l'assuré pouvait faire toutes les activités accessibles avec ses formations et expériences professionnelles. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a en outre apporté les réponses suivantes aux questions posées par Procac: "5. Traitement et pronostic Réponse: Le pronostic dépend dans quelle mesure l'assuré peut dépasser ses autolimitations, en particulier sa vision d'être un grand handicapé psychiatrique (et physique) et à vie.

- 15 -

#### **E. 6**

De quelles manières les troubles constatés interfèrent sur la capacité de travail? Réponse: Il n'y a depuis longtemps, à savoir la fin du trouble de l'adaptation, plus d'incapacité du travail.

#### **E. 7**

L'expertisé dispose-t-il de capacités d'adaptation suffisantes pour s'adapter à un nouvel environnement professionnel? Réponse: Théoriquement oui.

#### **E. 8**

Description précise des limitations fonctionnelles à respecter dans le cadre d'une activité adaptée. Réponse: Théoriquement, l'assuré peut assumer d'un point de vue psychique toutes les activités accessibles avec ses formations et expériences.

#### **E. 9**

Le trouble de la personnalité schizoïde avec des traits de caractère dépendant exacerbé lors de l'hospitalisation de juin 2000 (décompensation psychotique) est-il actuellement compensé ? décompensé? Réponse: Il n'y a pas de personnalité schizoïde, nous avons décrit en détail que, si l'on admet éventuellement un caractère dépendant, il n'était jamais à impact clinique majeur et a fait place à une personnalité type narcissique. Aujourd'hui, ce problème de personnalité à raison à faible impact clinique.

#### **E. 10**

Les constatations figurant dans le rapport d'expertise du 9 novembre 2004 sont-elles toujours d'actualité? Réponse: Non.

#### **E. 11**

Y a-t-il d'autres problèmes de santé ne ressortant pas dans votre spécialité à investiguer? Si oui lesquels Réponse: Autres troubles spécifiques de la personnalité, ici personnalité narcissique, avec faible impact clinique (F60.8 CIM-10). L'assuré est convaincu de souffrir de métastases cancéreuses, ce qui contredit les rapports à disposition. Le cas échéant, il serait nécessaire d'obtenir un rapport oncologique actualisé.

#### **E. 12**

Quelles mesures d'instruction complémentaires préconiserez-vous? Réponse: Aucune". Dans son écriture du 20 avril 2010 faisant suite à l'envoi du rapport d'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_, l'OAI expose que l'expertise conclut à l'absence d'incapacité sur le plan psychique, rejoignant ses précédentes constatations. L'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la

- 16 - décision querellée. Il produit en annexe un avis médical du Dr F. \_\_\_\_\_, anesthésiologue au SMR, du 16 avril 2010, à la teneur suivante: "Le rapport d'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ du 12.03.10 dénote un travail très complet et minutieux de l'expert. Celui-ci a pris connaissance en détail du dossier médical, a pratiqué un examen psychiatrique complet, accompagné de tests cliniques, a tenu compte des plaintes de l'assuré, a discuté point par point les diagnostics psychiatriques émis par les psychiatres ayant examiné l'assuré précédemment. Il présente de manière objective une situation médicale claire et propose des conclusions cohérentes. Nous adhérons aux conclusions de ce rapport d'expertise qui est convaincant". Dans ses observations du 25 mai 2010, le recourant, par son conseil, produit une prise de position du Dr N. \_\_\_\_\_ du 16 mai 2010 sur l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ et indique s'y rallier intégralement. Il sollicite que l'expert soit réinterrogé de manière à déterminer s'il maintient ou non ses conclusions compte tenu des remarques de son confrère, le cas échéant en expliquant sa position. Le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ précité a la teneur suivante: "Je vous transmets simplement que, dans cette expertise très complète, M. V. \_\_\_\_\_ est certainement surévalué dans ses compétences tant professionnelles que sociales. Voici quelques points qu'éthiquement je me dois de vous transmettre: • Les diagnostics retenus par l'expert ne permettent pas de rendre compte autrement que sur le versant de la manipulation ou de la mauvaise volonté de la progressive dégradation et désinsertion sociale de M. V. \_\_\_\_\_. Je ne partage pas cette

appréciation qui relève plus de l'a priori que de la clinique. • L'expertise ne prend pas en compte les conséquences sociales, professionnelles et personnelles de la structure psychotique de M. V. \_\_\_\_\_ qui est pourtant confirmée par des tests projectifs dès le 9 février 2000 (cf. p. 12). • Les observations cliniques faites selon le système AMDP (cf. p. 16) ne permettent pas de poser le diagnostic de structure psychotique; ni la CIM-10 d'ailleurs! Ces outils diagnostiques ne sont donc pas pertinents pour rendre compte de la situation clinique de M. V. \_\_\_\_\_. • Les descriptions cliniques de l'expert entrent parfaitement dans le cadre d'un diagnostic de psychose paranoïaque (cf. p. 13, 14, 15, 22, 23). Dans la mesure où il existe une incroyance fondamentale envers l'Autre, l'absence de demande de traitement est classique

- 17 - dans la paranoïa. L'expert reconnaît d'ailleurs que M. V. \_\_\_\_\_ est un "homme proche de la normalité" (p. 22). Il faut choisir! • Je n'ai jamais "nié" une incapacité de travail dans mes rencontres avec M. V. \_\_\_\_\_. En ce qui concerne mon suivi, il se situait encore dans la logique des entretiens préliminaires et de l'investigation d'où ma réserve et ma retenue dans l'établissement d'un certificat. En général, lorsqu'on me pose une question sur la capacité de travail durant cette phase d'évaluation, je renvoie à une expertise. • Finalement, selon mon appréciation des documents, le téléphone que j'ai eu avec M. V. \_\_\_\_\_ ainsi que de l'évolution actuelle de la clinique et de sa situation sociale, je ne peux que m'orienter vers un diagnostic de psychose paranoïaque probablement déclenchée autour des années 1999-2000. Selon mon appréciation, si M. V. \_\_\_\_\_ peut s'occuper à 100%, je pense que son rendement professionnel ne pourra guère dépasser un 50% en raison de ses troubles relationnels (très bien relevés dans l'expertise) qui sont la conséquence d'un trouble psychique réel et chronique". Par avis du 1er juin 2010, la juge instructrice a prié le Dr W. \_\_\_\_\_ de se déterminer sur le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 16 mai 2010. Dans son complément d'expertise du 5 juillet 2010, le Dr W. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit: "1. Le diagnostic retenu de ma part est basé sur l'ensemble complexe entre l'anamnèse spontanée, anamnèse systématique, dossier médical, observations, sources extérieures et pondération différenciée. Ce que le Dr N. \_\_\_\_\_ suggère comme "a priori" de ma part, à savoir une tendance manipulatrice de l'assuré, n'est pas issue de mon interprétation mais se trouve en fin de la lettre de sortie de la seule hospitalisation que j'ai pu obtenir. Les constats des médecins de l'époque se basent sur plusieurs semaines d'observation et de ses interactions avec les autres. De l'autre côté, il est vrai que j'ai attribué davantage (mais pas entièrement puisqu'il y a un diagnostic) la désinsertion sociale de M. V. \_\_\_\_\_ à ses propres choix. A plusieurs étapes de sa vie après 2000, il y a eu des propositions d'insertion, mais lesquelles ont été déclinées de sa part. A un moment donné, il a cherché des alternatives personnelles, par exemple en prenant des cours de magnétisme, de naturopathie et des cours de massage. Ceci montre au moins "basiquement" la capacité d'entrer en contact si bon lui semble. Par ailleurs, l'assuré n'est pas du tout "désinséré", ce terme suggère indirectement une situation "SDF", mais M. V. \_\_\_\_\_ maintient une vie sociale tout à fait correcte avec utilisation de véhicule privé, transports publics, achats pour les besoins de la vie, ainsi que l'organisation de ses loisirs. Il s'est dégagé donc pour moi, basées sur l'ensemble des données, l'image et la conviction d'un homme qui a fait des choix mais qui ne sont pas à confondre avec une maladie. Vivre ainsi à sa manière est

- 18 - sa propre nature solitaire dominante (mais pas exclusivement), n'est pas à confondre avec un état pathologique. 2. La question de la valeur des tests projectifs est toujours discutée dans le monde médical et psychiatrique. Leur validité est depuis longtemps mise en

question en ce qui concerne l'application pour des fins diagnostiques en expertises médicales. Ils ont leur valeur primaire pour découvrir la structure de la personnalité cachée et pour donner un éclairage à la partie inconsciente de la personne. Ils partent toujours de la croyance que d'une manière non manipulée et avec les réponses spontanées aux dessins et photos présentés, le fonctionnement caché de la personne soit découvert. Or, cette croyance et les résultats restent souvent provisoires et doivent impérativement être corrélés avec la clinique. De ce fait, de nombreux confrères et Centre d'expertises, également le Tribunal fédéral, dans quelques positionnements, donnent la priorité aux observations cliniques, ainsi qu'aux informations quant au fonctionnement de la personne dans la réalité. Effectivement, nous nous trouvons dans la période actuelle dans une sorte de changement de paradigmes: les informations de la réalité, voire "de la psychiatrie de la réalité" prennent le dessus sur l'exploration du phantasmatique et de l'inconscient en général. Ce changement est en cours depuis un bon moment et trouve son corrélat dans la relativisation (pas : abolition) de la psychanalyse face aux données biologiques et neuropsychiatriques. Cette différence d'approche me situe effectivement davantage dans la "psychiatrie de la réalité" et peut expliquer les divergences entre mon confrère et moi. 3. Effectivement, comme le Dr N. \_\_\_\_\_ le dit, la "structure psychotique" n'est pas un diagnostic et d'habitude non associée à un diagnostic ou maladie, voire maladie invalidante. S'il est juste que le système AMDP et la CIM-10 ne retiennent pas ce terme de structure psychotique, il existe néanmoins dans les deux systèmes de nombreux critères pour déterminer un dysfonctionnement type psychotique de la personne. Pour ce qui concerne le système AMDP, on trouve presque 40 points critères [...] avec des symptômes qui peuvent exister dans un dysfonctionnement lié à la psychose. Pour M. V. \_\_\_\_\_, il y avait ici trois points significatifs et en discussion. 4. Le Dr N. \_\_\_\_\_ établit ensuite le diagnostic de "psychose paranoïaque". C'est ici un véritable diagnostic qui figure aussi dans la classification CIM-10 et qui se présente de la manière suivante: [...] Il ressort ici pour nous clairement que les critères pour un tel diagnostic ne peuvent pas être retenus pour M. V. \_\_\_\_\_. Rappelons aussi que les moments "déliquants" chez lui étaient liés d'une part à une période où il consommait du cannabis, d'autre part dans un conflit de couple aigu, un éloignement où il était devenu interprétatif car on lui a retenu la vérité sur son fils adoptif. Plus tard il pouvait prendre distance et nous disait: "je ne pouvais pas le prouver". On n'est donc nullement dans des idées délirantes continues.

- 19 - 5. Je prends note que le Dr N. \_\_\_\_\_ n'était à l'époque que dans des entretiens préliminaires, d'investigations, ce qui ne permettait pas de se prononcer sur la capacité de travail. 6. La situation sociale actuelle n'est pas en soi pathologique. Je renvoie ici aux différents commentaires que j'ai faits dans les points antérieurs. Les tendances narcissiques accentuées liées à la diminution des contacts sociaux sont un phénomène psychodynamique, d'ailleurs bien connu dans d'autres situations, mais il ne s'agit pas d'une maladie, voire maladie invalidante. Avec l'ensemble des éléments exposés, mon appréciation par rapport à la situation et le dossier n'est pas modifiée". Faisant suite à l'envoi de l'expertise complémentaire du Dr W. \_\_\_\_\_ du 5 juillet 2010, le recourant, par son conseil, produit le 18 août 2010 un rapport complémentaire du Dr N. \_\_\_\_\_ du 21 juillet 2010, auquel il déclare se rallier intégralement, qui relève ce qui suit: "1. Dans ce point, l'expert surévalue la capacité d'autodétermination du sujet en liant dans un rapport de causalité directe la "désinsertion sociale de M. V. \_\_\_\_\_ à ses propres choix" (p.1). Or, la structure psychotique de ce sujet – qui n'est pas contestée par l'expert (il conteste la validité des tests qui le diagnostiquent) – influe directement sur la manière qu'a ce sujet à se

situer dans le monde, dans son rapport aux Autres et donc sur la manière qu'il a de prendre ses décisions. C'est également une erreur clinique classique d'interpréter les efforts – souvent maladroits – du sujet pour faire tenir son monde (ses convictions) face aux Autres (souvent vécus comme inquiétants) comme des tentatives de manipulation. 2. Sur la valeur des tests projectifs. Après 15 ans de pratique expertale pénale, assécurologique et civile, dont près de 9 ans passées comme responsable institutionnel, je n'ai jamais constaté qu'un test projectif, fait dans les règles de l'art, s'écartait d'un examen clinique minutieux. Par contre, j'ai observé régulièrement que les examens cliniques des personnes que je supervisais n'arrivaient pas à déceler la structure psychotique du sujet parce que nos jeunes psychiatres sont de moins en moins formés à les déceler, concentrés qu'ils sont sur les outils tels que l'AMDP, le CIM- 10 ou encore le DSM-IV (qui ne sont que des points d'appui au diagnostic). Or, l'expert reconnaît lui-même dans ses lignes que ses outils ne lui permettent pas de diagnostiquer une structure psychotique de la personnalité (p. 3). Pourtant, ce n'est pas parce qu'une structure psychotique se distingue d'une psychose déclenchée (cf. les catégories diagnostiques qu'a examinées l'expert) qu'elle n'a pas des conséquences cliniques délétères sur la personne. Je rappelle au passage que le type de psychose auquel je fais référence est ce que la littérature décrit et appelle: la psychose blanche, la psychose non déclenchée ou encore la psychose ordinaire. Je précise également que lorsque ces patients nous consultent, même s'ils ne présentent pas les symptômes florides

- 20 - classiques d'une psychose déclenchée (délires, hallucinations, etc.), nous les soignons comme des psychoses (y compris la médication). Dès lors, comment soutenir qu'ils ne sont pas malades alors que nous adressons nos notes d'honoraires à une caisse maladie? 3. Pas de commentaires. 4. Je maintiens mon diagnostic de psychose paranoïaque non déclenchée. 5. Il est exact que j'ai complété mon observation clinique pour apprécier la capacité de travail du sujet avec l'expertise du Dr W.\_\_\_\_\_. 6. Je regrette beaucoup que ce patient ait à faire les frais d'une querelle d'école qui tend à faire oublier la clinique de désinsertion – non feinte – qu'il présente depuis de nombreuses années. Cette clinique est d'ailleurs reconnue par l'expert mais ce dernier la met en relation directe avec un libre choix de vie alors que je prétends au contraire que la position de ce sujet est déterminée, non pas par son libre arbitre, mais par la structure psychotique sous-jacente". Au vu des divergences entre l'appréciation des Drs W.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un troisième psychiatre afin de départager les avis en présence. Dans son écriture du 20 août 2010, l'OAI produit un avis du Dr F.\_\_\_\_\_ du SMR du 11 août 2010, à la teneur suivante: "Dans son courrier du 05.07.2010 au Tribunal Cantonal, le Dr W.\_\_\_\_\_ répond point par point de manière détaillée, pertinente et claire à chaque critique émise par le Dr N.\_\_\_\_\_, à la suite de quoi il maintient, à juste titre, son appréciation initiale. Nous n'avons rien à ajouter sur le plan médical. Nous relevons cependant que le Dr N.\_\_\_\_\_ a traité l'assuré à partir du 13 août 2002, pour une durée que nous ignorons ; son dernier et unique rapport à l'AI date du 14.04.2003. Dans son courrier du 16.05.2010 à PROCAP, il mentionne que son suivi en est resté aux "entretiens préliminaires". La prise de position du Dr N.\_\_\_\_\_ de mai 2010 résulte d'une analyse sur dossier mais ne fait pas état d'un examen clinique psychiatrique récent. Un tel rapport ne saurait avoir valeur probante et ses conclusions, tant en ce qui concerne le diagnostic que la capacité de travail ne peuvent pas être validées. En conclusion, les remarques du Dr N.\_\_\_\_\_ ne remettent à notre avis nullement en question la pleine valeur probante de l'expertise judiciaire du Dr W.\_\_\_\_\_, à laquelle nous nous rallions".

- 21 - L'OAI indique se rallier à cet avis du SMR, confirmer ses précédentes conclusions et proposer une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Par courrier du 26 août 2010 faisant suite à la correspondance du recourant du 18 août 2010, l'OAI indique que les éléments apportés ne sont pas de nature à remettre en causes ses conclusions précédentes, qu'il confirme. E n d r o i t : 1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi ne déroge expressément à la LPGA. b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) et répondant en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. c) A teneur de ses art. 1 et 2 al. 1 let. c, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique au présent recours porté devant la Cour de céans, cette dernière étant compétente pour en connaître (art. 57 LPGA; 93 al. 1 let. a LPA-VD). La présente cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire vaudoise du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant du refus d'une rente sans limitation dans le temps.

- 22 - 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 c. 2c; 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le droit applicable au fond est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 446 c. 1.2.1; 129 V 1 c. 1.2; TF 9C\_383/2010 du 21 juin 2010; TF 9C\_852/2009 du 28 juin 2010 c. 5; TF 8C\_48/2009 du 28 avril 2009 c. 4). 3. a) A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

- 23 - Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas

comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 c. 4c; TF I 188/06 du 12 avril 2007 c. 2.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.1). Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 c. 4c; 102 V 165; TF I 188/06 du 12 avril 2007 c. 2.2). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 c. 5.3; TF 9C\_896/2007 du 31 décembre 2008; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 c. 3.2). b) Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (cf. actuellement l'art. 28 al. 2 LAI, dont la teneur est identique), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

- 24 - c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 c. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4, 115 V 133 c. 2; 114 V 310 c. 3c; 105 V 156 c. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, c. 4.2). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 c. 11.1.3; 125 V 351 c. 3a; 122 V 157 c. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, c. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le ou les médecins traitant de l'assuré (médecin généraliste, psychiatre ou autre spécialiste), le juge prendra en considération le fait que

ceux-ci peuvent être enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation

- 25 - de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2; TF 4A\_45/2007 du 12 juin 2007 c. 5.1; TF I 50/2006 du

#### **E. 17**

février 2004 qui confirmait la nécessité d'une expertise, l'OAI a confié le soin de réaliser une expertise psychiatrique aux Dresses G.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ de la Fondation de Nant. Dans leur rapport du 9 novembre 2004, ces dernières ont relevé que l'assuré demeurait vulnérable sur le plan psychique mais qu'il pouvait selon elles accéder à une reprise professionnelle partielle, probablement à 50%, et qu'il possédait une capacité de travail résiduelle, l'intéressé étant partiellement capable de s'adapter à un environnement professionnel. La psychologue X.\_\_\_\_\_, à la suite de tests psychologiques, a conclu dans son rapport du 9 février 2005 que l'assuré présentait un niveau intellectuel inférieur à la moyenne, le situant dans la zone des sous-doués, en ajoutant qu'il pouvait théoriquement exercer une activité professionnelle non qualifiée, sous réserve d'un risque de relations sociales et professionnelles très facilement conflictuelles. Dans son rapport médical du 28 avril 2005, la Dresse D.\_\_\_\_\_ du SMR a relevé que l'assuré ne présentait ni dépression, ni anxiété généralisée, et que l'on se trouvait en présence d'un trouble de la personnalité qui n'était pas une maladie psychiatrique invalidante, la

- 27 - capacité de travail demeurant entière dans les précédents emplois de l'assuré. A l'appui de son opposition, l'assuré a produit un rapport médical du 8 novembre 2005 du Dr Q.\_\_\_\_\_ selon lequel il présentait un trouble de la personnalité de type schizoïde avec des traits de caractère dépendants et des troubles psychiques qui influençaient de façon importante sa capacité de travail pour une durée indéterminée, ce que ce médecin a rappelé dans son rapport médical du 4 décembre 2007 dans lequel il suggérait la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Or dans un avis médical du 10 juillet 2006, la Dresse D.\_\_\_\_\_ observait que le trouble de la personnalité de l'assuré ne l'avait pas empêché de travailler de manière stable. Dans ce contexte, la juge instructrice a considéré qu'il était nécessaire d'effectuer une expertise psychiatrique. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a alors été désigné en qualité d'expert psychiatre. Cet expert a constaté que l'assuré avait vécu un trouble d'adaptation dans le passé, qui s'était déroulé approximativement entre 1999 et 2002 puis avait été résorbé une année après le divorce [ce dernier étant intervenu en 2001]. De l'avis de l'expert, l'assuré ne présentait plus d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique par la suite et il pouvait assumer théoriquement d'un point de vue psychique toutes les activités accessibles avec ses formations et expériences, disposant de capacités d'adaptation suffisantes. Dans son avis du 16 avril 2010, le Dr F.\_\_\_\_\_ du SMR a adhéré aux conclusions de ce rapport d'expertise. L'expertise psychiatrique du 12 mars 2010 du Dr W.\_\_\_\_\_ comporte une anamnèse détaillée et une description circonstanciée des plaintes du recourant, procède d'une étude approfondie, comporte des observations et une discussion motivée sur le diagnostic retenu et ses conséquences sur la capacité du recourant à reprendre une activité lucrative. Elle se base ainsi sur une appréciation du cas claire et comporte des conclusions dûment motivées, exemptes de contradiction et convaincantes. L'expert s'est du reste fondé sur la CIM-10 pour déterminer l'existence de diagnostics sur le plan psychiatrique, soit sur les critères d'un système de classification reconnu. Partant, cette expertise a valeur probante, au sens de la jurisprudence résumée ci-avant (cf. c. 3a et 3c supra).

- 28 - Le Dr N. \_\_\_\_\_, ancien psychiatre traitant, a examiné l'expertise établie par le Dr W. \_\_\_\_\_ et a établi une prise de position la concernant le 16 mai 2010, par laquelle il a notamment contesté la position de l'expert au sujet des diagnostics et de leur incidence sur la capacité de travail. Le recourant ayant requis que l'expert soit réinterrogé de manière à déterminer s'il maintenait ou non ses conclusions compte tenu des remarques de son confrère, le Dr W. \_\_\_\_\_ a été prié de se déterminer sur la prise de position du 16 mai 2010 du Dr N. \_\_\_\_\_. Dans son complément d'expertise du 5 juillet 2010, l'expert s'est longuement exprimé sur les points soulevés par le Dr N. \_\_\_\_\_. Il a en particulier rappelé ce qui l'avait conduit au diagnostic retenu ainsi que les raisons pour lesquelles le diagnostic de psychose paranoïaque ne pouvait être retenu. Le Dr W. \_\_\_\_\_ a confirmé que son appréciation par rapport à la situation n'était pas modifiée, de sorte qu'il a maintenu son avis malgré les arguments de son confrère. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a encore formulé diverses critiques à l'encontre du rapport d'expertise complémentaire du Dr W. \_\_\_\_\_ dans un rapport du 21 juillet 2010, maintenant son diagnostic de psychose paranoïaque non déclenchée. La différence d'appréciation de ces psychiatres résulte pour l'essentiel d'une approche différente au niveau des outils diagnostiques. Le Dr W. \_\_\_\_\_ se base sur les critères de la CIM-10 – soit un système de classification reconnu, selon la jurisprudence (ATF 130 V 396 c. 6.1; TF I 299/06 du 4 avril 2007; TFA I 472/04 du 22 février 2006) – alors que le Dr N. \_\_\_\_\_ critique cette méthode, dès lors que la structure psychotique n'est selon lui pas décelable. Or le Dr N. \_\_\_\_\_ ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Il y a ainsi lieu de considérer que l'avis divergent de ce praticien, ancien psychiatre traitant du recourant qui ne paraît au demeurant plus le suivre dans la mesure où il ressort du rapport d'expertise que l'assuré a arrêté le suivi psychiatrique et psychothérapeutique depuis longtemps ("Je parlais pendant une heure..., il n'y avait pas de partage..., ma détresse n'était pas comprise..., avec

- 29 - Zyprexa je n'étais plus moi-même..., j'ai stoppé..."), n'apparaît pas propre à remettre en cause l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ et son complément du seul fait de telles opinions contradictoires (cf. consid. 3c supra). On ajoutera à cela que, comme l'a relevé le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son avis du 11 août 2010, la prise de position du Dr N. \_\_\_\_\_ résulte d'une analyse sur dossier mais ne fait pas état d'un examen clinique psychiatrique récent. c) Au vu de l'absence d'atteinte sur le plan somatique, d'une part, et au vu des constatations médicales de l'expert W. \_\_\_\_\_, d'autre part, il y a ainsi lieu de considérer que le trouble de l'adaptation présenté par l'assuré a été résorbé une année après le divorce [ce dernier étant intervenu en 2001] et qu'il n'y a plus d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique depuis lors. En conclusion, force est de retenir – à l'instar de la décision attaquée – que la capacité de travail du recourant reste entière tant dans sa précédente activité que dans toute autre activité. 5. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 c. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 3.2 et les références citées; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 c.

4b; 122 V 157 c. 1d; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 c. 3.2 et les références citées). En définitive, la décision sur opposition querellée échappe à la critique. Par conséquent, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

- 30 - 6. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPA-VD, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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