

## **VD\_GERICHTE ZD11.012329 vom 20. November 2012**

VD Tribunal cantonal, 2012-11-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD11.012329](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.012329)

FR: VD\_GERICHTE ZD11.012329 du 20 novembre 2012

IT: VD\_GERICHTE ZD11.012329 del 20 novembre 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 31**

août 2001 au 11 décembre 2002, date de l'expertise du Dr K.\_\_\_\_\_. Il a indiqué qu'il n'était pas utile de se déterminer sur le contenu du courrier de la Dresse P.\_\_\_\_\_.

- 14 - J. Le Dr N.\_\_\_\_\_ s'est pour sa part déterminé le 3 septembre 2010. Il a estimé en substance que la divergence d'appréciation médicale avec la Dresse P.\_\_\_\_\_ pouvait s'expliquer par le lien thérapeutique qui liait la psychiatre à son patient, laquelle faisait preuve selon lui d'une « étonnante » proximité de compréhension avec le vécu de son patient. Se fondant sur les avis médicaux du SMR et le rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_, l'Office AI a adressé à l'assuré un projet de décision daté du 11 novembre 2010 prévoyant de lui octroyer une rente limitée dans le temps. L'assuré s'est opposé à ce projet et a produit un certificat médical daté du 16 décembre 2010 de sa psychiatre-traitant qui rendait compte d'une aggravation de son état de santé psychique dans un contexte de conflit de couple. K. Par décision du 1er mars 2011, l'Office AI a octroyé à D.\_\_\_\_\_ une rente d'invalidité pour la période du 1er août 2002 au 31 mars 2003 en raison d'une atteinte à sa santé psychique. Il a nié le droit de l'assuré à une rente au-delà de cette date au motif qu'il ne présentait plus d'invalidité sur le plan psychiatrique. Sur le plan somatique, il présentait un degré d'invalidité inférieur à 40%, n'ouvrant dès lors pas le droit à une rente. L. Par acte du 28 mars 2011, D.\_\_\_\_\_, représenté par l'avocat Gilles-Antoine Hoffstetter, agissant pour le compte de l'association suisse des assuré(e)s (ASSUAS), recourt contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du canton de Vaud. Il conclut à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée à compter du 1er septembre 2002. A l'appui de son recours, il fait valoir qu'il souffre d'une atteinte à sa santé psychique attestée par l'ensemble de ses psychiatres et médecins-traitants. Il reproche dès lors à l'Office AI de s'être fondé exclusivement sur le rapport d'expertise du Dr N.\_\_\_\_\_ dont il conteste la validité. Il estime en tous

- 15 - les cas que les avis contradictoires entre les Dr N.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ d'une part, et ses psychiatres-traitants d'autre part, justifient la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il requiert par ailleurs des mesures d'instruction portant sur le nombre exact de mandats d'expertise confiés au Dr N.\_\_\_\_\_ durant les cinq dernière années et leur coût total en terme d'honoraires afin de s'assurer de l'indépendance de cet expert vis-à-vis de cet organisme. Dans sa réponse du 24 mai 2011, l'Office AI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il estime en substance que l'avis médical de l'expert N.\_\_\_\_\_ l'emporte sur celui de la psychiatre-traitant, laquelle ne ferait pas état d'élément médical objectif pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'expert. L'Office AI refuse également de communiquer les informations requises par le recourant au sujet des mandats confiés audit psychiatre. Le recourant s'est déterminé le 15 juin 2011 sur

la réponse de l'Office AI. Il conteste l'argument selon lequel l'appréciation médicale de la Dresse P. \_\_\_\_\_ aurait une valeur probante affaiblie en raison de la durée du mandat thérapeutique. Il soutient que l'appréciation de cette spécialiste en psychiatrie est étayée par des éléments médicaux objectifs et respecte les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. Il maintient également sa requête de production par l'Office AI des informations sur le nombre de mandats confiés au Dr N. \_\_\_\_\_. Le recourant a encore produit un rapport médical du Dr C. \_\_\_\_\_ du 28 mars 2011 qui atteste une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée en raison de problèmes ostéo-articulaire, rhumatologique et orthopédique. L'Office AI s'est exprimé le 24 juin 2011 sur la détermination du recourant.

- 16 - M. Le 26 octobre 2011, une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été confiée à la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne (ci-après : la PMU). Elle a été réalisée par les Drs J. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, X. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et V. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Au terme de leurs examens cliniques, ces experts ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), d'anxiété généralisée avec pics paroxystiques (F 41.1), ainsi que de gonarthrose gauche prédominant au niveau du compartiment interne (M 17.1). Ils considèrent que ces atteintes limitent entièrement la capacité de travail de l'expertisé quelle que soit l'activité envisagée depuis octobre 2001 (cf. rapport d'expertise judiciaire du 24 avril 2012). Sur le plan rhumatologique, les experts judiciaires retiennent des limitations fonctionnelles en lien avec la gonarthrose gauche, à savoir toutes les activités physiques lourdes nécessitant la majeure partie du temps des déplacements à pied ou en terrain irrégulier. Sont également contre-indiquées, la montée ou la descente des escaliers ou d'échelles, les positions statiques prolongées de plus d'une heure d'affilée sans possibilité de varier la position, les positions accroupie et à genoux. Sur le plan pulmonaire, ils estiment que le syndrome sévère des apnées obstructives du sommeil, traité efficacement par ventilation auto-asservie, n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Il en va de même pour la surdité bilatérale qui est également appareillée. Sur le plan neuropsychologique, ils relèvent l'absence d'atteinte cérébrale organique et estiment que les troubles constatés dans la sphère exécutive et attentionnelle sont à mettre en relation avec l'atteinte à la santé psychique. Sur le plan psychiatrique, les experts judiciaires font l'appréciation médicale suivante : "L'anamnèse révèle une enfance passée dans un environnement familial maltraitant et violent, un parcours de vie marqué par des deuils et des

- 17 - séparations tragiques (suicide de son meilleur ami à l'adolescence, décès de son père quand il a 16 ans, séparation violente avec sa fille aînée, décès de son fils de 4 mois, suicide du psychiatre traitant). Les antécédents psychiatriques sont marqués par un 1er épisode dépressif à l'âge de 14 ans ayant failli se solder par un suicide, un nouvel épisode dépressif sévère en 1984 dans le cadre d'une séparation, et d'un nouvel état dépressif en 1995 lorsqu'il est accusé injustement d'inceste par sa fille adoptive. En 1999, lors du décès de son fils, Monsieur D. \_\_\_\_\_ présente à nouveau une décompensation dépressive et anxieuse durable. Actuellement, Monsieur D. \_\_\_\_\_ se plaint toujours d'un manque d'envie, d'anhédonie, d'aboulie, de tristesse, de perte d'espoir, d'envies suicidaires qu'il parvient à écarter grâce à sa foi. Il décrit aussi des troubles du sommeil avec des cauchemars fréquents, les troubles cognitifs décrits ci-dessus, des troubles de la concentration, des impressions de désorganisation de la pensée. Il signale un important

sentiment de culpabilité lié à la disparition de son fils, Monsieur D.\_\_\_\_\_ signale enfin et surtout une anxiété extrême qui le déborde à tous moments avec des pics d'angoisse liés à des confrontations, à des stress même mineurs. Tous ces différents éléments nous permettent de retenir les diagnostics de trouble dépressif récurrent, présent depuis l'adolescence avec un épisode actuel moyen et d'anxiété généralisée. La décompensation dépressive liée à la perte de son enfant en 1999 a été sévère et a fluctué depuis lors sans jamais régresser complètement mais a surtout laissé le premier plan à des troubles anxieux très importants conduisant à une intolérance marquée au stress de tout ordre. Monsieur D.\_\_\_\_\_ apparaît actuellement comme un homme dont les capacités adaptatives ont été très durement sollicitées dès l'enfance, qui a longtemps résisté aux séparations, aux deuils brutaux endurés mais qui s'est totalement effondré en 1999 et qui est actuellement au bout de ses ressources. Après une période de déni, Monsieur D.\_\_\_\_\_ n'a réalisé qu'un an plus tard qu'il avait besoin d'aide lorsqu'il s'est adressé au Dr L.\_\_\_\_\_ qui a instauré un traitement psychiatrique intégré durant quelques mois. Depuis lors, Monsieur D.\_\_\_\_\_ a toujours été suivi de façon lege artis sur le plan psychiatrique, tout d'abord par la Polyclinique du secteur psychiatrique Ouest jusqu'en 2003, puis la Dresse P.\_\_\_\_\_ qui assure depuis lors un suivi psychiatrique régulier parfois même intensif lors de périodes plus stressantes. Monsieur D.\_\_\_\_\_ se montre tout à fait

- 18 - compliant comme le montre le dosage de la Sertraline réalisé dans le cadre de cette expertise. Aussi bien l'interniste que le psychiatre dans le cadre de cette expertise n'ont en aucun cas ressenti de tentatives de manipulation ou d'exagération des faits. Relevons encore que sur le plan psychiatrique, comme décrit ci-dessus, nous ne retenons pas le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux existant (sic) pour les raisons décrites précédemment. Ainsi, sur le plan psychiatrique, le trouble dépressif récurrent et l'anxiété généralisée entraînent en raison de la fatigue, des troubles du sommeil, des troubles de la mémoire, des troubles de la concentration, des troubles anxieux avec une intolérance marquée au stress, des limitations fonctionnelles massives responsables d'une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle. En conclusion, nous retenons, pour des raisons psychiatriques essentiellement, une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 2001. Nous rejoignons l'avis des différents psychiatres traitants qui ont suivi Monsieur D.\_\_\_\_\_ depuis lors. Malgré une prise en charge lege artis, la situation n'a guère évolué au cours des années. Afin de revaloriser socialement dans la mesure du possible Monsieur D.\_\_\_\_\_, on pourrait l'encourager à reprendre une activité de type occupationnel dans le cadre, par exemple, d'un bénévolat caritatif. Notre appréciation s'éloigne totalement des trois expertises psychiatriques précédentes. Nous relevons que nous avons été frappés qu'aucune expertise n'a mentionné les antécédents psychiatriques de l'expertisé, ce qui nous amène à évoquer l'hypothèse d'une certaine minimisation des difficultés existentielles de Monsieur D.\_\_\_\_\_ par les experts précédents." Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire, le recourant s'est rallié aux conclusions des experts. Il relève que l'expertise de la PMU met en lumière la prévention dont ont fait preuve les experts K.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ en omettant de mentionner ses antécédents psychiatriques. Se fondant sur un avis médical du SMR du 7 mai 2012, l'Office AI a pour sa part refusé d'adhérer aux conclusions du rapport d'expertise de la PMU sur le plan psychiatrique au motif que les experts judiciaires se

- 19 - seraient écartés sans motivation suffisante de l'appréciation médicale faite par les experts K.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_. L'office intimé requiert dès lors un complément

d'expertise sur ce point. E n d r o i t : 1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent en principe 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 rendues par les offices AI – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 69 al. 1 LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent est recevable. 2. Le litige porte sur la question de savoir si l'assuré a droit à des prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'une rente entière pour la période courant au-delà du 31 mars 2003. Dès cette date, l'Office AI a en effet supprimé l'octroi de toute rente au motif pris d'une amélioration durable de l'état de santé de l'assuré. 3. Lors de l'examen d'un éventuel droit à une rente de l'assurance-invalidité né avant l'entrée en vigueur au 1er janvier 2003 de la LPGA, il y a lieu de se référer aux principes généraux en matière de droit intertemporel selon lesquels sont en règle générale déterminantes, les dispositions légales en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui a des conséquences juridiques (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1). Par conséquent, le droit à la rente doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure.

- 20 - 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 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. 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. Les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATF 130 V 343 consid. 2 et 3.6). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2004, 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. A partir du 1er janvier 2004, un 3 degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1er janvier 2008).

- 21 - c) En vertu de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établit les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties; il administre les

preuves et les apprécie librement. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, 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 et la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). 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. 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

- 22 - expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2, 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C\_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2). 5. En l'espèce, la présence de rapports médicaux contradictoires entre les psychiatres-traitants d'une part, et les experts K.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ d'autre part, a nécessité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire auprès de la PMU. a) Sur le plan somatique, les parties ne contestent pas les conclusions des experts judiciaires selon lesquelles l'assuré dispose d'une capacité de travail entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles en lien avec la gonarthrose gauche, à savoir toutes les activités physiques lourdes nécessitant la majeure partie du temps des déplacements à pied ou en terrain irrégulier, ainsi que la montée ou la descente des escaliers ou d'échelles, les positions statiques prolongées de plus d'une heure d'affilée sans possibilité de varier la position, les positions accroupie et à genoux. b) Sur le plan psychiatrique, les experts judiciaires ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et d'anxiété généralisée avec pics paroxystiques (F 41.1). Ces atteintes à la santé entraînent des limitations psychiques importantes sous la forme de fatigue, de troubles du sommeil, de troubles de la mémoire et de la concentration, de troubles anxieux avec une intolérance marquée au stress et empêchent l'assuré d'exercer une activité professionnelle quelle qu'elle soit depuis le 31 août 2001. Les experts écartent en revanche la présence d'un trouble somatoforme douloureux car les plaintes de l'assuré sont en partie expliquées par des lésions objectives. Lors de l'examen clinique, ils ont par ailleurs constaté l'absence d'indicateurs d'une pathologie non-organique (absence de signes de Waddell). aa) Dans l'anamnèse du cas, les experts judiciaires relèvent les sérieux antécédents psychiatriques personnels et familiaux (dépression de la mère) qui ont jalonné le parcours de l'assuré

depuis l'enfance. Ils évoquent un premier épisode dépressif à l'âge de 14 ans avec idéation - 23 - suicidaire, suivi de deux épisodes dépressifs sévères en 1984 dans le cadre de la séparation d'avec son ex-épouse, et en 1995 lors de la rupture d'avec sa fille adoptive. Selon ces experts, la prise en compte des antécédents psychiatriques est indispensable pour apprécier la situation médicale de l'assuré. Ils expliquent en effet que ces événements ont durement sollicité, dès l'enfance, les capacités adaptatives de l'assuré. Celui-ci a longtemps résisté aux séparations et aux deuils brutaux, mais a fini par s'effondrer suite au décès de son fils après avoir passé par une phase de déni. Les épisodes dépressifs de 1984 et 1995 ont été documentés par les Drs R. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ dans leur rapport médical du 29 janvier 2003 et par la Dresse P. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 25 mai 2004. Ils ont en revanche été complètement occultés par les Drs K. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ dans leurs rapports d'expertise. L'expert N. \_\_\_\_\_ évoque « l'absence de signes psychopathologiques dans le parcours familial et personnel de l'assuré » ainsi que l'absence de traitement psychiatrique avant le licenciement annoncé en août 2001. Quant au Dr K. \_\_\_\_\_, il mentionne que « l'assuré n'a pas présenté de troubles avant ceux à l'origine de l'arrêt de travail actuel [c'est-à-dire l'incapacité de travail du 31 août 2001] ». Comparée à celle établie par les experts judiciaires, l'anamnèse effectuée par les Drs N. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ est non seulement lacunaire mais elle est également erronée. Pour ce motif déjà, les rapports d'expertise de ces deux psychiatres prêtent le flanc à la critique. bb) En ce qui concerne les troubles psychiques présentés par l'assuré, les psychiatres-traitants et les experts judiciaires s'accordent à reconnaître que l'annonce du licenciement n'a fait qu'aggraver un état dépressif préexistant consécutif au décès du fils entraînant une incapacité de travail à 100% attestée médicalement dès le 31 août 2001 (cf. rapports médicaux des Drs U. \_\_\_\_\_ du 8 janvier 2002, W. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ des 7 mai 2002 et 23 janvier 2003, de la Dresse P. \_\_\_\_\_ du 25 mai 2004, rapport d'expertise judiciaire du 24 avril 2012 ). Les Drs N. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ retiennent au contraire que l'annonce du licenciement a été la cause de l'incapacité de travail et de la prise en charge psychiatrique de l'assuré. Cette opinion ne peut être suivie puisqu'il ressort clairement du

- 24 - dossier médical de l'assuré qu'il était suivi par le psychiatre L. \_\_\_\_\_ depuis le mois d'octobre 2000 - soit 10 mois avant l'annonce de son licenciement - en raison d'un état dépressif consécutif au décès de son fils. L'argument avancé par les Drs K. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ selon lequel cet événement traumatisant - auquel l'assuré a par ailleurs assisté impuissant - n'aurait pas eu des conséquences durables sur son état de santé psychique au motif qu'il avait continué de travailler n'est pas non plus convaincant. En effet, les psychiatres-traitants ont expliqué que l'assuré avait passé par une phase de déni de l'événement et qu'il n'avait réalisé que plus tard qu'il avait besoin d'aide. Il s'était alors adressé au mois d'octobre 2000 au Dr L. \_\_\_\_\_ qui avait diagnostiqué un état dépressif pour lequel il avait prescrit un traitement psychotrope. C'est dans ce contexte médical bien étayé par les psychiatres-traitants et les experts judiciaires que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé en raison de l'annonce de son licenciement et a entraîné une incapacité totale de travailler. cc) Concernant l'évolution des troubles psychiques, les experts judiciaires considèrent, à l'instar des psychiatres-traitants, que la décompensation dépressive a été sévère suite au décès du fils et qu'elle a fluctué depuis lors sans jamais régresser complètement. Elle a surtout laissé au premier plan des troubles anxieux très importants entraînant chez l'assuré une intolérance marquée au stress de tout ordre. Cette appréciation

est confirmée par l'évolution constatée par les psychiatres- traitants. Ainsi dans leur rapport du 29 janvier 2003, les Drs W. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ notaient que l'évolution avait été lentement favorable avec une incapacité de travail qui avait diminué à 50% au mois de juillet 2002. L'état de santé de l'assuré s'était ensuite aggravé en raison de problèmes financiers nécessitant l'intensification de la prise en charge thérapeutique et entraînant une nouvelle incapacité de travail à 100% jusqu'au mois de janvier 2003, période à laquelle l'évolution semblait à nouveau lentement favorable. Au mois de mars 2003, ces médecins écrivaient toutefois qu'il existait un risque de persistance de déficit voire de chronicisation de la pathologie vu la symptomatologie conséquente présentée par l'assuré. Ils attestaient à cette époque déjà une incapacité de travail durable à 50%.

- 25 - En mai 2004 et mars 2005, la Dresse P. \_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation conséquente de l'état de santé psychique dans le contexte du changement de thérapeute (suite au départ du Dr R. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital psychiatrique de Prangins), d'une crise conjugale sévère générée par l'état dépressif de l'assuré, ainsi que de la maladie puis du décès du frère. La symptomatologie sévère alors présentée par l'assuré, qui avait développé d'importants troubles du sommeil ainsi que des idées suicidaires, avait nécessité une intensification du traitement psychiatrique et entraîné une nouvelle incapacité de travail à 100%. Cette psychiatre relevait que l'assuré pouvait tout juste faire face à la gestion du quotidien mais que toute surstimulation provoquerait une aggravation de son état de santé. En 2008, elle constatait que le trouble dépressif associé à une anxiété importante s'était progressivement chronifié, malgré les traitements antidépresseurs. En raison de l'intense fragilité psychique du patient, elle n'excluait pas le risque d'un raptus suicidaire en cas de surstimulation. L'appréciation des psychiatres-traitants rejoint donc celles des experts judiciaires qui retiennent des limitations psychiques importantes sous la forme de fatigue, de troubles du sommeil, de troubles de la mémoire et de la concentration, de troubles anxieux avec une intolérance marquée au stress entraînant une incapacité de travail à 100% depuis le 31 août 2001. Quant à l'hypothèse posée par l'expert N. \_\_\_\_\_ d'une évolution marquée par un enchaînement de conflictualité d'ordre médical entre l'assuré et les différents médecins consultés, elle n'est pas concluante. En effet, comme le relèvent les experts judiciaires, l'assuré a toujours été suivi de façon lege artis sur le plan psychiatrique, tout d'abord par le Dr L. \_\_\_\_\_, puis à son décès en 2001 par le Dr R. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital psychiatrique de Prangins jusqu'en 2003. La Dresse P. \_\_\_\_\_ assure depuis lors un suivi psychiatrique régulier parfois même intensif lors de périodes plus stressantes. Contrairement à ce que laisse entendre le Dr N. \_\_\_\_\_, l'assuré n'a pas changé de thérapeute en raison de la capacité de travail partielle attestée par le Dr R. \_\_\_\_\_ en 2002-2003 mais en raison de son départ de l'Hôpital psychiatrique de Prangins. Quant au conflit qui opposait la Dresse P. \_\_\_\_\_ au Dr K. \_\_\_\_\_, il ne concernait pas l'assuré. Les experts judiciaires relèvent enfin la bonne compliance de

- 26 - ce dernier au traitement médicamenteux, laquelle est également démontrée par les tests effectués dans le cadre de l'expertise judiciaire. En définitive, il n'existe aucune raison valable de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire du 24 avril 2012, dont le rapport satisfait aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 4c). Les experts judiciaires attestent une incapacité de travail de longue durée depuis le 31 août 2001, de sorte qu'il y a lieu de retenir que le recourant présente, en raison d'une atteinte durable à sa santé psychique, une incapacité de travail de 100% dès cette date. Conformément à l'art. 29 LAI (dans sa teneur en vigueur

jusqu'au 31 décembre 2007), le recourant a dès lors droit à une rente d'invalidité à 100% à compter du 1er août 2002. On s'écartera à cet égard des conclusions du recourant qui demande l'octroi d'une telle rente à compter du 1er septembre 2002, ce en application de l'art 61 let. d LPGA. d) L'instruction du dossier sur le plan psychiatrique étant suffisante, la requête de l'office intimé tendant à la mise en œuvre d'un complément d'expertise psychiatrique judiciaire est rejetée. Il n'est également pas donné suite à la requête du recourant de production par l'Office AI des informations sur le nombre de mandats confiés au Dr N. \_\_\_\_\_ ces cinq dernières années et leur coût total en terme d'honoraires. Ces informations ne sont en effet pas utiles à la solution du présent litige. 6. a) En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité, non limitée dans le temps, à compter du 1er août 2002. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Dans le cas présent, il y a lieu de

- 27 - fixer les frais de justice à 400 francs. Vu l'issue du litige, ceux-ci doivent être supportés par l'office intimé. En effet, suite au changement de jurisprudence consacré par l'arrêt AI 230/11 – 144/2012 du 23 avril 2012, il convient de considérer, conformément à la jurisprudence fédérale, que l'art. 69 al. 1bis LAI impose la perception de frais de justice à la charge de la partie qui succombe, qu'il s'agisse de la partie recourante ou intimée. Sur le principe même de l'absence de gratuité de la procédure, les cantons sont liés par cette disposition (ATF 133 V 402 consid. 4.3; TF 9C\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5). Le recourant, en obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens qu'il convient d'arrêter, compte tenu d'un double échange d'écritures et de déterminations sur une expertise judiciaire, à 2'500 fr. à la charge de l'office intimé débouté (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

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