

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 avril 2011

---

Présidence de      Mme      PASCHE  
Juges      :      M.      Bidiville et Mme Dormond Béguelin, assesseurs  
Greffière:      Mme Favre

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**I.** \_\_\_\_\_, à Payerne, recourant, représenté par Me Laurent Gilliard, avocat  
à Yverdon-les-Bains,

et

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD**, à  
Vevey, intimé.

---

**Art. 4 al. 1, art. 28 al. 2 LAI; art. 28 al. 1 aLAI; art. 6, art. 7, art 8  
LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** I. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant tunisien né en 1968, marié et père d'une enfant mineure, sans formation, a travaillé en tant que magasinier et ouvrier. Le 2 mars 2005, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), tendant à l'octroi d'une rente et d'une orientation professionnelle en cas d'amélioration de son état, indiquant souffrir d'une atteinte à sa santé (dépression) dès 2002.

Selon un rapport médical du 24 octobre 2003 du Dr D. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint auprès de l'Unité de psychiatrie ambulatoire de Payerne, adressé à la B. \_\_\_\_\_, l'assuré a été hospitalisé du 16 au 25 juillet 2002 auprès de l'Hôpital Intercantonal de la Broye à Payerne, séjour à l'issue duquel les diagnostics de douleurs thoraciques d'origine indéterminée, de syndrome de sevrage alcoolique, de tabagisme actif, d'éthylisme chronique et de suspicion d'intolérance au glucose ont été posés.

Procédant à l'instruction du cas, l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a demandé au Dr G. \_\_\_\_\_, médecin interniste FMH traitant, de compléter un rapport médical concernant l'assuré. Dans son rapport médical à l'OAI du 27 juin 2005, ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif majeur accompagné de probables troubles de la personnalité (troubles de l'adaptation), évoluant depuis 2001 et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies non déficitaires apparues en 2003 et de céphalées d'allure tensionnelle depuis 2003. Le Dr G. \_\_\_\_\_ jugeait le pronostic assez sombre compte tenu d'une longue évolution sans franche amélioration. Selon l'annexe au rapport médical du même jour, ce praticien a relevé que l'atteinte à la santé empêchait l'assuré d'exercer une activité salariée compte tenu de ses nombreux troubles psychiatriques, la diminution de rendement étant estimée à 70%. Le Dr G. \_\_\_\_\_ précisait encore qu'un traitement psychiatrique pourrait

éventuellement améliorer la situation. Ce médecin a joint à son rapport médical une correspondance du 8 septembre 2003 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, qui posait les diagnostics de lombosciatalgies non déficitaires, de céphalées d'allure tensionnelle et de probable état dépressif, suggérant sur le plan thérapeutique des mesures non médicamenteuses générales de type reconditionnement physique et enseignement et pratique d'exercices de relaxation. Etaient également joints au rapport médical du 27 juin 2005 un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 28 avril 2004 du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint auprès du Département de radiologie de l'Hôpital cantonal de Fribourg, selon lequel l'examen, à part un minime débord discal circonférentiel en C4-C5, n'avait pas révélé de lésion visible, ainsi qu'un rapport de CT de la colonne lombaire du 14 août 2003 du Dr [...], médecin-chef auprès de l'Hôpital intercantonal de la Broye, qui concluait que le CT de la colonne lombaire de L2 à S1 était dans les limites de la norme et n'expliquait pas la symptomatologie du patient.

Sur requête de l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH traitant, de l'Unité de psychiatrie ambulatoire de Payerne, lui a adressé le 10 janvier 2006 un rapport médical dans lequel il a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble panique (depuis 2002), d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (depuis 2002), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool - syndrome de dépendance (actuellement abstiné) (depuis 1995), de trouble résiduel de survenue tardive, probablement induit par l'alcool (dysfonctionnement frontal) et d'autre trouble spécifique de la personnalité, structure psychotique avec des éléments immatures, hypomanes, faux-selves et pervers, fonctionnement intellectuel limite (QI = 70). Le Dr T.\_\_\_\_\_ retenait en outre le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de difficultés liées à la situation familiale et indiquait que l'assuré avait présenté une incapacité de travail de 100% du 9 au 19 janvier 2003, de 50% du 20 janvier au 2 février 2003, puis à 100% du 17 au 18 février 2003, du 20 au 21 mars 2003, du 5 au 11 mai 2003, du 18 au 24 août 2003, du 5 septembre au 31 octobre 2003, puis pour une durée

indéterminée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2004. Le Dr T.\_\_\_\_\_, s'agissant du pronostic, observait que malgré une nette amélioration de sa symptomatologie anxieuse et dépressive, l'assuré présentait une atteinte cognitive importante (intelligence limite et dysfonctionnement frontal avec perte de procédure et trouble de la planification) qui le limitait dans une activité lucrative. Il estimait que la présence de quatre facteurs (trouble anxio-dépressif, intelligence limite, atteinte frontale et trouble de la personnalité) rendait difficile à moyen terme toute activité lucrative ou de réinsertion professionnelle.

Afin d'évaluer le droit de l'assuré à des prestations de l'AI, l'OAI a confié une expertise au Dr Z.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Dans son rapport d'expertise du 6 juillet 2007, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble anxieux sans précision et de fluctuations dysthymiques. S'agissant de l'influence sur la capacité de travail des troubles constatés, l'expert a relevé qu'il n'y avait pas de troubles psychiques majeurs chez l'assuré, qui était capable de s'adapter à son environnement professionnel. Des mesures de réadaptation professionnelles n'étaient pas envisageables. D'un point de vue psychiatrique, l'expert notait que l'assuré pourrait exercer toutes les activités accessibles avec sa formation et son expérience. Sous la rubrique «discussion» de son rapport d'expertise, l'expert a notamment relevé ce qui suit:

"(...)

C'est en lien avec une demande de prestations à l'assurance-invalidité (2005) et la persistance de difficultés sociales (l'assuré travaille à nouveau, mais rencontre des problèmes anxieux sur le trajet) que le tableau psychique se dramatise, très sévèrement même. Les psychiatres-traitants parlent en 2006 simultanément de fonctionnement intellectuel limite, structure psychotique, atteinte frontale, trouble anxiodépressif.

La lecture des rapports de psychologues évoque des doutes. L'assuré est décrit comme non collaborant et le test d'intelligence est particulièrement disharmonieux, ceci parlant en faveur d'une composante comportementale lors des tests. Les notions de troubles

psychotiques et de personnalité sont uniquement issues de tests projectifs, approche qui a perdu aujourd'hui une bonne partie de sa validité pour diagnostics et en particulier pour expertise.

Le «diagnostic» psychotique est sans corrélation avec les observations de la clinique. Sur le plan thymique, les psychiatres retiennent expressément une amélioration de la symptomatologie anxieuse, une nette diminution des crises de panique, un bon sommeil et une diminution de la symptomatologie dépressive après introduction d'un antidépresseur.

Notre appréciation clinique d'aujourd'hui contraste particulièrement avec le rapport psychiatrique cité en 2006.

1. Nous n'avons retenu aucun indice pour un trouble de l'intelligence. Nous avons certes eu devant nous un homme un peu simple, mais qui est tout à fait orienté sur la vie, son fonctionnement et qui a pu activement mettre en place un deuxième mariage, 4 mois après son divorce, actionner des recours administratifs et obtenir la venue de sa femme et de son enfant et qui cherche aussi en ce moment activement (dixit aussi sa psychiatre-traitante) une place de travail pour son épouse.

2. Nous n'avons constaté aucun signe en faveur d'un trouble frontal, dégénérescence cérébrale ou dysfonctionnement cognitif. Il est à postuler que, si un tel trouble avait existé auparavant, il était probablement en lien avec la surconsommation d'alcool et maintenant, avec l'abstinence, suffisamment compensé. L'assuré ne présente ainsi pas de trouble qui intervient sur une activité professionnelle manuelle ou simple. Pour ce qui est d'une application dans des tâches supérieures, ordinateur, etc., nous rejoignons l'évaluation professionnelle du Centre vaudois de gestion d'occupation, que l'assuré a ici certainement ses limites.

3. Aucun élément, ni issu d'observations cliniques, ni issu des informations de son fonctionnement dans la réalité, ne permet de retenir un trouble psychotique dans le sens clinique du terme.

4. Le trouble anxiodépressif est très largement résorbé et dans un registre mineur. A l'instar des observations de l'unité psychiatrique ambulatoire de Payerne, c'est surtout la partie dépressive qui est améliorée. Il persiste une problématique anxieuse qui est, appuyée sur l'anamnèse détaillée et les informations extérieures, à considérer comme faible à moyenne. Il n'y a que peu de phobies

spécifiques, en particulier celle des ascenseurs, mais l'assuré arrive aussi à la surmonter par volonté. Il n'existe autrement pas d'inhibition lourde, spécifique qui l'empêcherait de fonctionner dans la réalité extérieure. Il est probable que cet assuré a besoin d'un cadre stable pour toute activité, car, selon l'expérience, le degré d'intensité d'anxiété diminue au fur et à mesure que des habitudes et des rituels se créent.

5. A part cela, nous avons dû constater que l'assuré est non observant: contrairement à ses dires, il ne prend pas du tout les antidépresseurs prescrits qu'il disait prendre quotidiennement. Cette observation appuie quelques doutes que nous avons eus par rapport à ses descriptions. Il a été ici assez souvent flou, peu saisissable, aussi évasif. Nous avons aussi décrit un homme plutôt nerveux, terne, sombre, retenu, dysphorique, souriant et plutôt proche de la normalité. Ce qui nous [a] aussi frappé était une argumentation très active de ses propres inhibitions, aussi ses remarques critiques par rapport à la lenteur de la procédure AI.

Tout ceci nous amène à retenir dans cette situation une très nette prépondérance d'éléments extramédicaux, circonstanciels, culturels, financiers, sociaux et de comportement. Il nous semble assez clairement que cet homme, sur la base d'un trouble de l'adaptation, a glissé dans son processus d'invalidation où l'image de lui-même s'est toujours davantage négativisée et dans lequel il était toujours plus conditionné dans une désinsertion sociale-professionnelle.

A l'instar de la remarque du neurologue concernant son déconditionnement physique (il a préconisé un reconditionnement), il existe un déconditionnement psychique et social. Mais tout ceci n'empêche pas l'assuré de garder ses intérêts en vue en faisant tout pour le maintien et l'intégration de sa petite famille.

En conséquence, il nous semble ainsi suffisamment clair que son type de dysfonctionnement n'est qu'en très petite partie médical. De ce fait, il nous semble inapproprié de statuer dans la voie d'une invalidité psychiatrique majeure.

Il n'existe finalement qu'une très petite problématique circonscrite, celle de l'anxiété, assez non spécifique, certainement réelle, avoisinant ce que ses médecins ont appelé aussi «soucieux», tout à fait maîtrisable avec l'aide d'approche mixte, médicamenteuse et comportementale."

Au vu de ces éléments, le Dr J.\_\_\_\_\_, chirurgien FMH, du Service médical régional AI (ci-après: SMR) a relevé, dans un rapport d'examen du 25 juillet 2007, que les constatations cliniques de l'expert modifiaient quelque peu l'image de l'assuré, dont les capacités cognitives semblaient intactes et dont l'intelligence était dans les limites de la norme pour un homme simple qui avait démontré à plusieurs reprises qu'il disposait de bonnes ressources d'adaptation. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a encore observé qu'il n'y avait pas non plus d'indice d'un trouble frontal, que l'assuré était euthymique et montrait avant tout des signes d'anxiété, les tests psychométriques étant marqués par des items issus de la subjectivité. Quant à la problématique anxieuse, à considérer comme faible à moyenne, elle ne l'empêchait pas de fonctionner dans la réalité extérieure. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a enfin noté qu'il était démontré que l'assuré n'observait pas le traitement prescrit et qu'il n'y avait pas de trouble psychotique au sens clinique du terme, l'expert soulignant que le processus d'invalidation de l'assuré avait été déterminé par des éléments extra-médicaux, circonstanciels, culturels, financiers, sociaux et comportementaux. Le Dr J.\_\_\_\_\_ proposait de suivre les conclusions du Dr Z.\_\_\_\_\_, qui étaient médicalement probantes à tous points de vue.

Dans un projet de décision du 10 mars 2008, l'OAI, rejetant la demande, a refusé toutes prestations à l'assuré, retenant que le rapport d'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2007 indiquait qu'il ne présentait pas de troubles de la santé invalidant.

L'assuré a déposé des observations sur le projet de décision le 7 avril 2008, relevant en substance que le rapport d'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ n'était qu'un avis partiel et qu'il fallait donner autant de poids aux rapports des médecins qui l'avaient soigné tout au long de sa maladie. Il demandait que son incapacité de travail soit admise au moins pour les années 2005 à 2008 et que des mesures de réadaptation lui soient proposées pour l'avenir.

Par décision du 3 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, en confirmant son projet de décision du 10 mars 2008.

**B.** Contre cette décision, l'assuré a recouru par acte du 8 août 2008, concluant à ce que sa situation soit analysée à nouveau, de sorte que sa maladie soit objectivée, ce qui justifierait l'octroi de prestations de la part de l'OAI. En substance, le recourant relève que son état de santé s'est dégradé, que sa santé psychique est fragile, qu'il n'a plus de repères, qu'il est en marge du système et qu'un examen psychiatrique, qu'il requiert, confirmera son inadéquation avec le monde environnant.

Dans sa réponse du 15 septembre 2008, l'OAI propose le rejet du recours.

Dans sa réplique du 28 novembre 2008, le recourant, désormais au bénéfice de l'assistance judiciaire (depuis le 25 septembre 2008) et représenté par Me Laurent Gillard, fait valoir que le rapport établi le 14 novembre 2008 par les Dresses H.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ de l'Unité de psychiatrie ambulatoire de Payerne infirme la conclusion de l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ selon laquelle il présente une pleine capacité de travail. Il soutient que si une reprise du travail pourrait être entreprise, elle ne le pourrait qu'à temps partiel dans un premier temps, et qu'il y aurait lieu de prendre des mesures de réadaptation. Il conclut que jusqu'à la fin de dites mesures, une rente doit lui être versée, ou à tout le moins des indemnités journalières. Dans leur rapport du 14 novembre 2008 produit par le recourant, les Dresses H.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ posent les diagnostics actuels de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), de trouble anxieux sans précision (F41.9), de dépendance à l'alcool, utilisation actuelle épisodique (F10.26) et d'intelligence limite. Selon le sondage psychologique du 27 octobre 2008 effectué par la psychologue assistante [...] et mentionné dans le rapport médical du 14 novembre 2008, il y a une cohérence entre le présent sondage neuropsychologique et celui qui avait été effectué il y a environ 3 ans; les résultats actuels sont superposables aux résultats obtenus en 2005 et mettent en évidence

principalement quelques signes de dysfonctionnement frontal (trouble de la planification, quelques persévérations) sans aggravation, avec également des difficultés mnésiques et attentionnelles, chez un monsieur qui consomme encore actuellement de l'alcool et qui présente une scolarité, ainsi qu'un niveau intellectuel limité. Sous la rubrique «discussion» de leur rapport du 14 novembre 2008, les Dresse H. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ ont relevé ce qui suit:

"Après avoir vécu une période de stabilité, probablement grâce à la présence de son épouse et de sa fille auprès de lui, avec consécutivement une diminution de la symptomatologie anxio-dépressive, nous observons à nouveau une légère recrudescence des symptômes. Le patient souffre également d'un grand sentiment d'inutilité et de culpabilité par rapport à de nombreux échecs.

Actuellement, le patient désirerait travailler et nous soutenons M. I. \_\_\_\_\_ dans ce sens. Cependant, il n'a pas exercé d'activité professionnelle depuis 5 ans. D'autre part, l'examen psychologique a montré quelques signes de dysfonctionnement frontal, notamment des troubles de la planification et quelques persévérations. De plus, il présente une intelligence limite. Dans ce contexte, nous pensons qu'un travail manutentionnaire simple comme par exemple magasinier pourrait convenir au patient, pour autant que ce travail débute par un faible pourcentage d'activité. Une fois M. I. \_\_\_\_\_ en confiance et rassuré sur ses capacités, le taux de travail pourrait être progressivement augmenté. Nous pensons qu'il s'agit d'être particulièrement attentif à une reprise de travail et que des mesures d'accompagnement devraient être proposées. En effet, M. I. \_\_\_\_\_ est fragilisé par une période de vie difficile et une recrudescence de la symptomatologie anxieuse pourrait entraver le succès d'une réinsertion professionnelle.

Par ailleurs, nous pensons que le patient devrait pouvoir continuer de bénéficier d'un soutien psychiatrique pour l'aider à se relancer dans le monde du travail.

Nous pensons que le pronostic pourrait être favorable pour une reprise partielle, voire totale de capacité de travail, du moment que des mesures d'aide à une réinsertion puissent être mises en place. Un autre facteur déterminant paraît être la grande fragilité

psychique du patient, qui peut se décompenser rapidement et fortement lors de moments difficiles de sa vie."

Dans sa duplique du 23 décembre 2008, l'OAI maintient sa position. Il produit un avis médical du Dr J. \_\_\_\_\_ du SMR du 10 décembre 2008, qui indique notamment ce qui suit au sujet du rapport médical du 14 novembre 2008 des Dresses H. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ :

"Ce rapport appelle plusieurs commentaires:

Les plaintes à caractère anxieux de l'assuré sont en tous points identiques à celles rapportées dans l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_ (page 6).

Il en va de même en ce qui concerne la consommation d'alcool.

Les critères permettant de retenir un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger selon la CIM-10 ne sont pas réunis, seule une baisse de la thymie étant observée.

Le «sondage psychologique» du 27.10.2008 donne des résultats superposables à ceux obtenus en 2005. Ceci tend à démontrer qu'il n'y a pas de péjoration de l'état de santé.

A ce titre, il convient de dire que l'intelligence limite ne constitue pas en soi une limitation à l'exercice d'une activité simple. M. I. \_\_\_\_\_ a, par le passé, fourni la preuve qu'il est capable de fonctionner dans le cadre de ses compétences.

De plus, ce rapport est lacunaire : le traitement n'est pas mentionné. La compliance médicamenteuse n'est pas abordée, quand bien même l'expertise a donné la preuve de la non observance. Les limitations fonctionnelles objectives ne sont pas décrites. En dehors d'une « fragilité psychique », on voit mal ce qui justifierait que le travail ne puisse pas être entrepris à plein temps.

Enfin, il convient de tenir compte du fait que ce rapport émane du psychiatre traitant de l'assuré, et ne saurait avec la même valeur qu'une expertise neutre.

Au vu de qui précède, je conclus que le rapport de la Dresse K. \_\_\_\_\_ n'est pas médicalement probant. Il ne fait pas la preuve d'une péjoration de l'état de santé psychique depuis l'expertise du Dr Z. \_\_\_\_\_. Par conséquent, il n'y a pas de raison de modifier notre position."

Dans son mémoire complémentaire du 26 février 2009, le recourant se réfère au rapport du SMR et fait valoir que si ce service considérait que le rapport des Dresses K.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ du 14 novembre 2008 était incomplet, il lui appartenait de requérir des renseignements plus complets dans le cadre de l'instruction. Il expose enfin que le rapport des Dresses K.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ actualise le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ et que si une réadaptation peut avoir lieu, il ne peut pas, dans un premier temps, travailler plus qu'à mi-temps.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile, compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2.** 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, consid. 2c, 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). 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. Selon l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'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.

**b)** Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur, il faut mentionner – outre les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, 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. La mesure de ce qui est

exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, 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 - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

**c)** Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; cf. aussi TF 9C\_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la

relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010, consid. 4.3).

**4. a)** Sont litigieuses en l'espèce les questions du taux d'invalidité du recourant et de son droit à une rente AI, ainsi que celle de son droit à des mesures de réadaptation.

Le recourant soutient que son état de santé s'est dégradé, que sa santé psychique est fragile, qu'il n'a plus de repères, qu'il est en marge du système et qu'un examen psychiatrique, qu'il requiert, confirmera son inadéquation avec le monde environnant. Il soutient en outre que le rapport établi le 14 novembre 2008 par les Dresses H.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ de l'Unité de psychiatrie ambulatoire de Payerne infirme la conclusion de l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ selon laquelle il présente une pleine capacité de travail et soutient que l'OAI aurait dû requérir des renseignements plus complets dans le cadre de l'instruction s'il estimait que le rapport des Dresses H.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ était incomplet. Il fait également valoir que si une reprise du travail pourrait être entreprise, elle ne pourrait l'être qu'à temps partiel dans un premier temps, et qu'il y aurait lieu de prendre des mesures de réadaptation. Il relève enfin que jusqu'à la fin des mesures de réadaptation, une rente ou des indemnités journalières doivent lui être versées.

L'OAI estime quant à lui que le recourant ne présente pas de troubles de la santé invalidant, conformément au rapport d'expertise du 6 juillet 2007 du Dr Z.\_\_\_\_\_, de sorte qu'il n'a pas droit à des prestations de l'AI.

**b)** En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant ne présente pas d'incapacité sur le plan physique. Il reste toutefois à déterminer s'il présente une incapacité de travail sur le plan psychique.

D'un point de vue psychiatrique, l'OAI se rallie à la position du Dr Z.\_\_\_\_\_, qui retient que le recourant ne présente pas de troubles psychiques majeurs et qu'il pourrait exercer toutes les activités

accessibles avec sa formation et son expérience, ainsi qu'à celle du SMR du 25 juillet 2007, qui parvient à la conclusion que l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ est médicalement probante et doit être suivie. Le recourant se fonde quant à lui sur le rapport médical du 14 novembre 2008 des Dresses H.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ de l'Unité de psychiatrie ambulatoire de Payerne, psychiatres traitantes, qui infirmerait selon lui la conclusion de l'expert Z.\_\_\_\_\_ selon laquelle il présente une pleine capacité de travail.

Le rapport d'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_ est bien documenté et argumenté. Dans le cadre de l'examen de la situation du recourant, l'expert a pris connaissance de son dossier médical et asséculoologique, qu'il a résumé. Le rapport d'expertise du 6 juillet 2007 repose sur des examens cliniques complets, prend en compte les plaintes subjectives du recourant, décrit son anamnèse de manière détaillées ainsi que la situation médicale. Il ne contient pas de contradiction et procède d'une analyse approfondie. Ses conclusions sont bien motivées et convaincantes. Ce rapport, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels en la matière, revêt ainsi force probante (cf. supra, consid. 3c).

L'appréciation de l'expert Z.\_\_\_\_\_, qui expose longuement les raisons qui le conduisent à retenir que le recourant n'est pas empêché de fonctionner dans la réalité extérieure (rapport d'expertise Z.\_\_\_\_\_, p. 21), n'est au demeurant pas contredite par le rapport médical du 14 novembre 2008 des Dresses H.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_, qui sont d'avis que le pronostic pourrait être favorable pour une reprise partielle, voire totale de la capacité de travail, et qui ne font pas état d'une péjoration de l'état de santé du recourant. S'agissant du diagnostic d'intelligence limite posé par les psychiatres traitantes du recourant, l'expert Z.\_\_\_\_\_ a exposé qu'il ne pouvait être retenu, dans la mesure où, si l'assuré est effectivement «un peu simple» (rapport d'expertise Z.\_\_\_\_\_, p. 20), il est néanmoins tout à fait orienté sur la vie et son fonctionnement, et a pu activement mettre en place un deuxième mariage quatre mois après son divorce, actionner des recours administratifs, obtenir la venue de sa femme et de son enfant, et chercher activement une place de travail pour son épouse. Du reste, les Dresses H.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ exposent qu'un travail

manutentionnaire simple, comme par exemple celui de magasinier, pourrait convenir à leur patient. Ce dernier a d'ailleurs été en mesure d'exercer durant plusieurs années des activités simples de ce type.

Le recourant fait enfin grief à l'office intimé de ne pas avoir requis des renseignements plus complets dans le cadre de l'instruction s'il estimait que le rapport des Dresses H.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ du 14 novembre 2008 était incomplet. Or l'OAI n'a pas qualifié ce rapport d'incomplet. Le SMR, dans son avis médical du 10 décembre 2008, a uniquement mentionné le caractère lacunaire du rapport du 14 novembre 2008, expliquant pour quels motifs celui-ci n'était pas de nature à attester d'une péjoration de l'état de santé du recourant depuis l'expertise du Dr Z.\_\_\_\_\_.

**5.** En conséquence, à l'instar de l'avis des médecins du SMR, et plus spécifiquement de celui de l'expert Z.\_\_\_\_\_, on retiendra que l'assuré ne présente pas d'incapacité de travail et qu'il y a lieu de considérer qu'il peut raisonnablement être exigé de lui qu'il mette à profit sa capacité de travail. Dans ces conditions, c'est donc à juste titre que le droit à des prestations d'invalidité a été nié au recourant, celui-ci ne présentant pas un degré d'invalidité de 40 % permettant l'octroi d'un quart de rente d'invalidité (art. 28 LAI), ni une diminution de la capacité de gain de 20 % fixant le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2), les conditions des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi n'étant pour le surplus pas remplies (cf. 15 ss LAI). Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**6.** Au vu de ce qui précède, le dossier est complet pour que la cause soit tranchée et il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, soit de mettre en œuvre une expertise, ainsi que le requiert le recourant.

En effet, le juge peut renoncer à un complément d'instruction sans que cela entraîne une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 106 la 162 consid. 2b; TF 8C\_659/2007 du 27 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées).

**7.** La procédure est onéreuse; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al.1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al.1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Laurent Gillard, à compter du 25 septembre 2008 et jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il y a donc lieu dans le présent arrêt de fixer la rémunération de l'avocat d'office. Me Gilliard a produit la liste de ses opérations et débours, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 9 heures (dont 1 heure en 2011), plus des débours pour un montant de 60 fr. 80 (dont un montant de 3 fr. 20 en 2011). L'indemnité de Me Gilliard s'élève donc à 1'680 fr. 80 (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]), montant auquel

s'ajoute la TVA se calculant comme suit: 7,6% sur les débours et opérations effectuées jusqu'au 31 décembre 2010, 8% sur les débours et opérations effectuées dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Le montant total de l'indemnité s'élève donc à 1'809 fr.30, TVA incluse.

Les frais judiciaires sont arrêtés à 250 fr. et mis provisoirement à la charge du canton vu que le recourant, au bénéfice de l'assistance judiciaire, succombe.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 3 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Gilliard, conseil du recourant, est arrêtée à 1'809 fr. 30 (mille huit cent neuf francs et trente centimes).
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente:

La greffière:

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Laurent Gilliard (pour M. I. \_\_\_\_\_)
- Me Laurent Gilliard
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière: