

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 novembre 2010

Présidence de Mme LANZ PLEINES
Juges : Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Pasche

Cause pendante entre :

C._____, à Renens, recourant, représenté par Me Claire Charton, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 57 al. 1 let. f LAI; 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant turc né en 1969, marié et père de trois enfants dont deux majeurs, était employé depuis le 22 juillet 2002 auprès de la société [...] en qualité de soudeur. Le 30 août 2002, il a été victime d'un accident de la circulation routière. Selon la déclaration d'accident LAA du 3 septembre 2002, l'assuré était assis sur le siège passager et a été éjecté de la voiture lorsque le conducteur a perdu le contrôle du véhicule. Son coude droit a été fracturé et sa colonne vertébrale et son dos contusionnés. Dès cette date, il a présenté une incapacité totale de travailler, sous réserve d'une tentative de reprise du travail à 50% durant quelques jours en décembre 2002.

Dans un rapport médical du 17 février 2003 au Dr M._____, spécialiste FMH en neurologie, dont elle sollicitait l'avis, la Dresse W._____, médecin généraliste traitant de l'assuré, a notamment relevé ce qui suit:

«Ce patient a été victime en août 2002 d'un accident de voiture alors qu'il sortait du travail à [...]. Le conducteur de la voiture dans laquelle il se trouvait semble être fautif et le patient était assis sur le siège du passager. Il décrit une collision avec une autre voiture suite à laquelle il a été éjecté à 15-20 m. Il est hospitalisé durant 3 jours à [...] avec les diagnostics de fractures du cubitus D (ostéosynthèse), de contusions multiples et de «whiplash injury».

Après l'accident, le patient commence à se plaindre de troubles de la concentration et de paresthésies prenant principalement à l'hémicorps G, mais également le bras D. Il consulte de lui-même les urgences du CHUV et est vu par les neurochirurgiens [...]. Les radiographies fonctionnelles et l'IRM cervicales sont décrites comme normales. M. C._____ me consulte car la situation ne s'est pas améliorée et s'est même empirée, aggravée par l'incapacité dans laquelle il se sent de reprendre son travail alors qu'il aurait dû le faire à 50% puis à 100% fin janvier. Il a tenté une reprise à 50% comme prévu, s'est présenté à son travail 2 jours, mais s'est montré incapable de continuer.»

Le Dr M._____ a adressé à la Dresse W._____ un rapport médical le 17 mars 2003 après avoir examiné l'assuré. Ce praticien a relevé ce qui suit sous la rubrique appréciation du cas de son rapport:

«M. C. _____ est donc un patient jusqu'ici en bonne santé habituelle victime le 30.8.02 d'un accident de la circulation ayant vraisemblablement entraîné d'une part un TCC mineur et d'autre part une distorsion/contusion cervicale sans évidence jusqu'ici aux différents examens cliniques et radiologiques d'une lésion majeure du système nerveux et locomoteur.

Une partie de la symptomatologie décrite actuellement par le patient est compatible avec un syndrome post-commotionnel/après distorsion cervicale. Par contre, l'attitude du sujet, sa position et sa réaction durant l'examen font effectivement évoquer une importante surcharge psychique pouvant être, comme vous le relevez tout à fait justement, la réactivation d'une angoisse liée au décès de sa mère par lésion cervicale dans un accident un peu semblable alors que le patient avait 15 ans.

En résumé, à mon examen, je me suis trouvé en face d'un sujet inexaminable, tendu, anxieux, se plaignant de fourmillements à chaque tentative d'examen, se tenant en grimaçant avec des mâchouillements en flexion du tronc et des bras poings fermés. Le testing de la force musculaire ainsi que de la sensibilité a été rendu impossible par le manque de collaboration. Je n'ai néanmoins pas observé d'altérations majeures de la trophicité, de déficit moteur certain ainsi que d'atteintes des réflexes tendineux et du cutané plantaire, ce qui fait penser que l'essentiel des anomalies mises en évidence à l'examen clinique est plutôt psychogène que neurogène.

Reste que si une IRM cérébrale n'a pas été pratiquée jusqu'ici, on pourrait, par mesure de prudence, encore envisager cet examen pour écarter non seulement toute lésion post-traumatique éventuelle mais également une affection d'une autre nature telle qu'une maladie démyélinisante, etc. Cette éventualité est toutefois extrêmement faible compte tenu du tableau clinique très atypique pour une affection somatique.

Je n'ai pas eu accès directement au CT-scan et à l'IRM du cervix malgré plusieurs demandes. J'ai néanmoins pris note du fait que ces examens n'ont pas démontré de lésions osseuses mais également nerveuses susceptibles d'expliquer les paresthésies.

Sur le plan thérapeutique, à moins d'une surprise à l'IRM cérébrale (si cet examen n'a pas été pratiqué préalablement), je pense effectivement qu'il faut mettre l'accent sur le traitement psychiatrique qui seul est susceptible d'aider M. C. _____.

Pour ce qui est de la capacité de travail, elle est nulle à l'évidence, ceci pour une période indéterminée.»

Une IRM cérébrale a été pratiquée le 20 mars 2003 par le Dr K. _____, radiologue, qui est apparue sans lésion significative en particulier de séquelle de lésion traumatique.

Dans un rapport médical du 10 avril 2003 à la Dresse W. _____, le Dr Z. _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a posé les diagnostics d'état dépressif moyen à sévère, probable évolution d'un

état de stress post-traumatique, de syndrome somatoforme douloureux et de status après fracture du bras et choc de type whiplash. Ce médecin a conclu son rapport en ces termes:

«En conclusion, si la participation psychogène aux douleurs paraît présente et aisément compréhensible à la lumière de la trajectoire du patient, il n'en reste pas moins que les douleurs sont bien réelles et handicapantes et qu'elles entraînent un état dépressif important. Ce patient n'est pas accessible à un traitement psychothérapeutique, le pronostic paraît à première vue défavorable et pourrait être éventuellement amélioré par des approches psycho-corporelles si le patient peut y voir un sens. Le traitement médicamenteux de choix est celui que vous administrez, à savoir antidépresseurs (SSRI) et anxiolytiques en plus de l'antalgie. Il est parfois intéressant de changer de molécule en sachant qu'on a encore 60% de chance de réponse positive en changeant de SSRI après une première réponse négative.»

L'assuré a été soumis à un examen neuropsychologique le 5 mai 2003. Les psychologues N._____ et U._____, ainsi que la Professeure UU._____ ont conclu leur rapport d'examen du même jour en ces termes:

«Nous relevons un ralentissement et des difficultés attentionnelles dans le cadre d'un examen n'objectivant pas de troubles neuropsychologiques significatifs chez un patient manquant de distance dans le contact, faiblement motivé par l'examen, avec qui la collaboration est difficile.»

Le Dr E._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA), a procédé à l'estimation de l'atteinte à l'intégrité de l'assuré. Dans son rapport médical du 5 juin 2003, il a estimé que celle-ci était de 7,5% et a notamment relevé ce qui suit:

«On se trouve chez cet assuré turc à plus de neuf mois d'un accident de la circulation s'étant soldé par une fracture du cubitus et par une probable fracture de l'apophyse épineuse de C7 et de l'apophyse transverse droite de D1. L'avant-bras guérit sans particularité. L'évolution est marquée par la persistance d'une symptomatologie subjective cervicale avec dysesthésies atypiques diffuses ne pouvant pas être mise en relation avec une lésion anatomique. Le comportement lors de l'examen et en particulier des manifestations florides de non-organicité

permettent de conclure à une composante psychogène importante déjà relevée par d'autres examinateurs (Dr M._____, Dr W._____). La collaboration a été également très difficile lors de notre examen marqué par des discordances, des hyper-réactions et des réactions d'opposition. Sur le plan radiologique, nous relèverons l'existence d'un état antérieur sous forme d'un bloc cervical C3-C4 préexistant à l'accident. On notera également un status après une fracture d'apophyse épineuse de C7 et un probable status après fracture d'une apophyse transverse de D1 à droite. Présence également d'un status après fracture ostéosynthésée du cubitus droit actuellement consolidée.

Nous relèverons ici que la lésion fracturaire cervicale présentée par cet assuré est d'un pronostic plutôt bénin et ne peut en aucun cas à elle seule expliquer le tableau clinique actuel qui nous paraît largement influencé par des facteurs extra-organiques et psycho-sociaux. L'évaluation de l'adéquation de ces derniers ne relèvent pas de notre compétence. Nous estimons que sur le plan strictement somatique et en l'absence des facteurs non-organiques précités, une capacité de travail d'au minimum 50% serait exigible dès à présent dans le dernier travail exercé avant l'accident. Si nous tenons toujours en compte les seuls éléments somatiques, une pleine capacité de travail pourrait vraisemblablement être mise en valeur dans un travail n'exigeant pas de manutentions lourdes et permettant les changements de position.

Dans le contexte actuel, nous ne pensons pas qu'il y ait de traitement médical susceptible d'améliorer l'état somatique de ce patient. Demeure réservé l'AMO facultative du cubitus droit.»

Le 5 juin 2003, le Dr E._____ a en outre procédé à un examen de l'assuré. Le même jour, il a rédigé un rapport médical à l'attention de la Dresse W._____, où il a notamment fait l'observation suivante:

«Nous ne préjugeons pas ici de l'appréciation que feront nos services compétents à Lucerne concernant l'adéquation entre les troubles psychiques actuels et l'accident. Nous nous bornerons ici à rappeler que le Dr Z._____, psychiatre, qui a examiné cet assuré le 15.04.03 considère que ce patient n'est pas accessible à un traitement psychothérapeutique. Nous ne sommes par ailleurs pas persuadés que des traitements symptomatiques interventionnels tels que pratiqués dans les Centres de la douleur et proposés par le psychiatre, puissent être praticables en l'absence de collaboration du sujet.»

Le 7 août 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente.

Le 22 octobre 2003, l'assuré a été examiné par le Dr R._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Ce dernier a relevé ce qui suit sous la rubrique appréciation de son rapport médical du même jour:

«Chez ce soudeur turc de 34 ans on est en présence actuellement de troubles psychiatriques, sans rapport avec l'accident du 30.08.2002, qui n'a laissé que peu ou pas de séquelles organiques. La fracture du cubitus droit a consolidé en bonne position, le matériel d'ostéosynthèse toujours en place, mais sans plainte subjective ou fonctionnelle se rapportant au bras droit. La colonne cervicale est actuellement inexaminable, le patient ne se laisse pas approcher dans un contexte psychique et psychiatrique évident.

En ce qui concerne la colonne cervicale, la situation a été appréciée dans le rapport du Dr E. _____ du 05.06.2003, qui conclut pour la colonne cervicale à une atteinte de l'intégrité de 7,5%.

Toute tentative d'un traitement spécifique de la colonne cervicale paraît illusoire, de même qu'un traitement par l'intermédiaire d'un centre de la douleur, vu le contexte psychiatrique. Il n'y a donc plus d'investigation ou de traitement qui soit actuellement justifié par les seules suites organiques de l'accident du 30.08.2002, réserve faite pour l'AMO du cubitus droit.

C'est avant tout d'une prise en charge psychiatrique qu'a besoin ce patient, et celle-ci n'est pas à mettre sur le compte de l'accident.

En l'absence de troubles psychiatriques, et vu les lésions initiales, le temps écoulé, le patient serait en mesure de reprendre son activité antérieure avec une capacité de 75%. Dans une activité plus légère, sans gros efforts, port de charge ou travaux en hauteur, sa capacité devrait être de 100%, après un reclassement qui, vu le contexte psychiatrique, paraît illusoire.

L'estimation à 7,5% de l'atteinte à l'intégrité faire par le Dr E. _____ dans son rapport du 05.06.2003 reste valable.»

Par décision du 24 octobre 2003, la CNA a mis fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 décembre 2003, dans la mesure où il ressortait de l'examen médical du 22 octobre 2003 que l'assuré était apte à travailler dans son ancienne activité à 75% dès le 23 octobre 2003.

Dans un rapport du 3 novembre 2003 à l'Office AI pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), la Dresse W. _____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de status après accident de voiture le 30 août 2002 avec whiplash injury, syndrome somatoforme douloureux et état dépressif avec syndrome de stress post-traumatique. Elle relevait que l'incapacité de travail de l'assuré dans l'activité exercée jusqu'à ce jour était entière dès le 30 août 2002 et était d'avis que l'état de santé de son patient s'aggravait. Dans l'annexe au rapport médical complété le même jour, la Dresse W. _____ a relevé que l'on ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerce actuellement une autre activité.

Dans un questionnaire pour l'employeur du 5 novembre 2003, [...] a indiqué à l'OAI avoir employé temporairement l'assuré du 3 juillet 2000 au 21 avril 2002 en qualité d'aide montant, au salaire horaire de 24 fr. depuis le 8 mars 2002.

Par décision du 19 mars 2004, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité mensuelle de 576 fr. fondée sur une incapacité de gain de 15% après comparaison des revenus ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 8'010 fr., compte tenu d'une diminution de l'intégrité de 7,5 pour-cent.

L'assuré a formé opposition à cette décision, que la CNA a rejetée par décision sur opposition du 30 septembre 2004.

Dans un avis médical du 4 janvier 2005, le Dr H._____ du Service médical régional AI (ci-après: SMR) a relevé que sur le plan somatique, le dossier bien documenté de la SUVA établissait clairement que les lésions rachidiennes n'expliquaient pas l'incapacité de travailler de l'assuré et que le Dr E._____ fixait la capacité de travail à 75% dans l'activité antérieure et à 100% dans une activité adaptée n'exigeant pas de manutention lourde et permettant les changements de position. Du point de vue psychiatrique, le Dr H._____ estimait qu'une expertise psychiatrique était nécessaire, la capacité de travail n'ayant pas été évaluée sur ce plan. L'OAI a alors confié un mandat d'expertise au Dr X._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Par courrier du 30 janvier 2006 à l'OAI, l'assuré, par son conseil, a requis la récusation du Dr X._____ et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, au motif que l'expert avait pris parti à son encontre en lui faisant d'emblée part des conclusions de son expertise, savoir qu'il était apte à travailler.

Le Dr X._____ a rendu son rapport le 24 mars 2006. Il a posé les diagnostics suivants:

«Axe I Trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère

Névrose de rente

Abus d'alcool actuellement en rémission (anamnestiquement)

Non ou mauvaise observance au traitement (Efexor ER)

Axe II Personnalité immature à traits limites

Axe III * spécialistes concernés.

Axe IV Difficultés professionnelles; conflit conjugal et familial

* L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre.»

L'expert psychiatre a observé ce qui suit sous les rubriques «examen clinique» et «entretien du 9.12.2005 en présence de l'épouse de Monsieur C. _____» de son rapport:

«Monsieur C. _____ se présente de façon ponctuelle aux rendez-vous. Il s'agit d'un homme faisant âge, assez athlétique, à l'aspect hygiénico-vestimentaire conservé. Il se déplace à vitesse normale et sans limitations. D'emblée à la prise de contact, il est très expansif, envahissant, demande un verre d'eau pour prendre du Dafalgan. L'entretien est parfois difficile à réaliser avec ce sujet extraordinairement théâtral, plaintif, cabotin "je suis bête, je suis stupide, je comprends rien, ma femme me traite comme un chien". Les renseignements obtenus sont assez flous et imprécis, globalement la collaboration est mauvaise. Frappent l'hyper expressivité de la mimique, de la gestuelle, l'aspect désinhibé, trop proche de la relation; il est volontiers familier, il lui arrive de tutoyer l'expert, les propos sont dramatiques, à l'excès "je suis pas bien, comment veux-tu que je travaille, si tu veux que je fasse sécuritas, je vais aller tuer quelqu'un.... ma femme veut me mettre à la porte, tu veux que j'aïlle où".

Lors du 2ème entretien quand il se sent contrarié, il devient vite agressif et menaçant envers l'expert.

Monsieur C. _____ ne présente pas de foetor éthylique, il est vigile, orienté dans les trois modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. Il n'y a pas de troubles patents de la mémoire d'évocation, de fixation. Néanmoins, son histoire personnelle est très difficile à reconstituer, il est souvent flou, imprécis dans les informations qu'il donne. Il s'exprime relativement bien en français avec un léger accent turc. Jugement et raisonnement compte tenu de ce qui précède sont parfaitement conservés.

Le tableau clinique est dominé par une symptomatologie somato-psychique difficilement systématisable. Il déclare "avoir ras-le-bol de tout, je vais me tuer, je me demande ce que je fais ici dans la vie". Il se dit tendu, irritable et ne pas supporter son épouse "c'est comme une radio je ne la supporte plus". Il déclare dormir mal, parfois en raison de cauchemars "je vois un barbu qui me parle", parfois en raison de fourmillements dans le corps. L'appétit semble conservé. Il n'aurait plus

de vie sexuelle depuis son accident mais d'emblée revient à plusieurs reprises sur ses difficultés conjugales.

Du point de vue anxieux, a priori, rien n'indique qu'il présente des éléments pour un trouble panique, une anxiété généralisée tels que définis par le DSM-IV. Nous ne mettons pas en évidence d'éléments phobiques bien particuliers tels phobie simple, claustro-agoraphobie, phobie du sang, phobie sociale, ni de trouble obsessionnel compulsif. Il n'y a pas de syndrome de répétition pathognomonique d'un état de stress post-traumatique.

Monsieur C. _____ ne présente pas non plus de trouble alimentaire de type anorexie-boulimie.

Monsieur C. _____ reconnaît avoir de très longue date une consommation excessive d'alcool : "je buvais jusqu'à 35 bières par jour, j'ai même fait un problème d'alcool, il y a 7 mois j'ai été hospitalisé au CHUV". Actuellement, il affirme boire 1 ou 2 verres par jour, "du Ricard parfois". Il existe un tabagisme; parfois, dit-il: "je fume un pétard".

Nous ne mettons pas en évidence de signes et symptômes de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucination ou trouble formel ou logique de la pensée.

Les plaintes somatiques ne sont pas au premier plan. Monsieur C. _____ se plaint d'un sentiment de fourmillement dans les jambes ainsi que de maux de tête, sinon il n'a pas d'autres doléances évidentes.

Le contact est très difficile avec Monsieur C. _____ qui apparaît tout à la fois manipulateur, menaçant, ou parfois passif, soumis et qui souvent semble peu sincère dans ses déclarations. On le ressent immature, dépendant. Monsieur C. _____ supporte mal les contradictions, se montre alors impulsif agressif et tient peu compte de la réalité d'autrui. En situation de stress, il peut se montrer facilement interprétatif et paranoïde, utilisant des mécanismes psychologiques tels le clivage, la projection. Le tout va vers l'immaturité et des traits de fonctionnement limites.

3.5. ENTRETIEN DU 9.12.2005 EN PRESENCE DE L'EPOUSE DE MONSIEUR C. _____

Monsieur C. _____ a été vu en présence de son épouse le 9.12.2005. Il adopte une attitude assez résignée presque passive-agressive. Son épouse paraît de bonne composition. Elle travaille actuellement à [...] à 64%. Ses trois enfants se portent bien, ils suivent la scolarité normalement. En Suisse, elle a un frère et une soeur avec lesquels les contacts sont bons.

Son mari aurait changé de caractère depuis son accident, il serait devenu plus irritable "il fait ce qu'il veut la journée" déclare-t-elle. Il ne s'occupe plus de ses enfants, n'assume rien du tout. Il part déjà le matin à 5h00 à la pêche, parfois rentre avant son épouse à 19h00, parfois après.

En début d'entretien, je demande à Monsieur C. _____ s'il prend bien son traitement d'Efexor ER il me dit: "oui 1 cp. le matin, 1 cp. le soir" qu'il n'a jamais arrêté. Par la suite, je lui précise que c'est difficile à croire vu que les examens paracliniques donnent des taux plasmatiques nuls. Il ne reconnaît pas ce fait, déclare que ces dosages "sont n'importe quoi".

Monsieur C. _____ tape violemment sur la table et Monsieur G. _____ psychologue installé dans le bureau d'à côté est obligé d'intervenir.»

L'expert psychiatre a en outre répondu comme suit aux questions qui lui étaient posées:

«B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés au plan physique

Tendance aux somatisations qui prennent une teinte très hystérisante; objectivement, Monsieur C._____ ne paraît pas limité ni dans l'observation attentive, ni dans l'analyse de son comportement extra-professionnel.

au plan psychique et mental

Sujet émotif, quelques symptômes de la lignée anxio-dépressive mais sans interférence avec ses activités extra-professionnelles; légère irritabilité.

au plan social

Immature, projectif supporte mal les contraintes, les frustrations, facilement impulsif et revendicateur.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Incapacité de travail de 100% d'un point de vue strictement psychiatrique au motif d'un trouble de l'adaptation dès le 31 .8.2002 au 1.3.2003.

Par la suite, capacité de travail supérieure à 75% dans toute activité médico-théorique adaptée à ses compétences et ses limitations somatiques objectives.

2.2 Description de la capacité résiduelle de travail

> de 75% dans une activité médico-théorique adaptée.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

D'un point de vue strictement psychiatrique, oui.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Non.

2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

31.8.2002.

2.6. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Favorablement.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui, si Monsieur C._____ en avait la motivation, ce qui reste à démontrer.

C. Influence sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants:

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons?

Non, pas indiquées, l'assuré par son attitude démontre clairement que de telles mesures sont vouées à l'échec. Dans les faits, on ne voit pas ce qui pourrait l'empêcher de retrouver lui-même une activité adaptée plus légère.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

2.1 Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail).

La non-observance au traitement a été démontrée. Si Monsieur C. _____ faisait preuve d'une meilleure observance au traitement antidépresseur, celui-ci pourrait venir à bout des quelques légers symptômes anxio-dépressifs encore présents.»

Dans un rapport d'examen du 10 mai 2006, le Dr H. _____ du SMR a relevé ce qui suit:

«Assuré de 36 ans, sans formation professionnelle, turc en Suisse depuis l'âge de 11 ans, qui a subi, lors d'un accident de circulation le 31.08.2002 comme passager d'un véhicule, une fracture du cubitus droit, de l'apophyse épineuse de C7 et de l'apophyse transverse de D1. Ces lésions ont guéri sans séquelle. Conformément à la décision de la SUVA, l'exigibilité du point de vue somatique est de 75% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. L'assuré n'a cependant jamais repris le travail et une composante psychogène a été évoquée. Nous avons donc mandaté une expertise psychiatrique. Cette expertise, complète, cohérente et probante ne met en évidence aucune atteinte à la santé psychique diminuant l'exigibilité. En revanche, l'assuré s'est montré peu collaborant, démonstratif, manipulateur et menaçant. A l'instar du médecin d'arrondissement de la SUVA, l'expert-psychiatre estime qu'un reclassement professionnel serait voué à l'échec. Il recommande l'abstention médicale ou investigatrice face à toute nouvelle plainte et nous met en garde contre le fait que l'assuré n'est pas au bout de ses revendications.»

Le Dr H. _____ a retenu que la capacité de travail exigible de l'assuré était de 75% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, l'incapacité de travail était de 100% du 31 août au 22 octobre 2003, puis de 25% dès le 23 octobre 2003. Il a relevé que les limitations fonctionnelles consistaient en une activité sans gros efforts, sans port de charges ou travaux en hauteur.

Par décision du 26 juin 2006, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'intéressé, au motif qu'après comparaison du revenu sans invalidité (58'922 fr.) et avec invalidité (52'025 fr. 56), la perte de gain s'élevait à 6'896 fr. 44, ce qui représentait un degré d'invalidité de 11,70% qui, inférieur à 40%, ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

Le 10 août 2006, l'assuré, par son conseil, a formé opposition à cette décision. En substance, il arguait du fait que l'expert X._____ avait une opinion largement préconçue et qu'il serait dès lors arbitraire de retenir l'expertise psychiatrique, qui ne correspondait pas aux critères habituels d'objectivité d'une expertise médicale. Il requérait dès lors qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre.

Le 27 septembre 2007, l'assuré, par son conseil, a adressé à l'OAI un certificat médical du 10 mai 2007 du Département de psychiatrie du CHUV, selon lequel il était suivi dans le cadre d'une investigation au Centre de Consultation Psychiatrique et Psychothérapique depuis février 2007 pour cause d'une maladie psychiatrique grave. Il a également joint à son envoi un rapport médical du 23 août 2007 du Dr D._____, chef de clinique adjoint, et de la Dresse L._____, médecin assistante, du Département de psychiatrie du CHUV, adressé au Consulat Général de Turquie selon lequel l'assuré n'était pas apte à accomplir ses obligations militaires et présenterait un danger certain pour lui-même et pour les autres s'il devait intégrer l'armée. Les médecins précités posaient les diagnostics de schizophrénie paranoïde et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples.

Dans un avis médical du 11 juillet 2008, le Dr H._____ du SMR a observé que le rapport d'expertise du Dr X._____ remplissait les critères requis d'une expertise, que les allégations de l'assuré à l'endroit de l'expert X._____ ne reposaient sur aucun argument objectif permettant de démontrer de manifestes préjugés de la part de l'expert, que le rapport des Drs D._____ et L._____ du 23 août 2007 avait été rédigé à l'attention du Consulat Général de Turquie afin d'établir l'aptitude au service militaire et n'attestait d'aucune incapacité de travail et qu'aucun argument médical objectif ne venait rendre plausible une quelconque aggravation de l'état de santé psychique de l'assuré.

Par décision sur opposition du 23 juillet 2008, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assuré et a confirmé sa décision du 26 juin 2006.

B. Par acte du 25 août 2008, C._____ a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud. Il conclut à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, il fait valoir que les médecins du Département de psychiatrie du CHUV ont posé dans leur rapport du 23 août 2007 les diagnostics de schizophrénie paranoïde, de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples, diagnostics que l'OAI refuse de prendre en considération. A titre de mesures d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique aux fins de préciser le diagnostic des troubles dont il souffre et sa capacité de travail.

Dans sa réponse du 21 novembre 2008, l'OAI préavise pour le rejet de la requête d'expertise ainsi que du recours.

En annexe à une écriture du 6 février 2009, le recourant a produit une attestation d' [...] du 22 janvier 2009 établie par la Dresse A._____ et le psychologue traitant O._____, selon laquelle sa capacité de travail est nulle à court, moyen et long terme au vu de la chronicité des symptômes et des problématiques auxquelles il doit faire face.

Dans le cadre de l'instruction du recours, et après avoir imparté un délai aux parties pour déposer leurs questionnaires, la juge instructrice a interpellé la Dresse A._____ ainsi que le Département de psychiatrie du CHUV.

Le 8 avril 2009, le Département de psychiatrie du CHUV a transmis son dossier à la juge instructrice, auquel figuraient les pièces suivantes:

- la décision du 26 juin 2006 de l'OAI;
- le rapport d'expertise du Dr X._____ (cf. supra let. A);

- un rapport médical de la Dresse V._____, médecin généraliste, du 14 avril 2004 à l'avocate du recourant, selon lequel il ne pouvait à ses yeux envisager aucune activité, même à un taux très partiel, ni continuer son activité de constructeur métallique sur charpentes;
- un questionnaire non daté établi par le Dr P._____, anesthésiologue FMH, selon lequel il n'y avait pas d'évolution envisageable de l'état du recourant;
- une attestation du 8 septembre 2008 du psychologue traitant du recourant, aux termes de laquelle la capacité de travailler était nulle à court, moyen et long terme et le pronostic réservé au vue de la chronicité des symptômes;
- un fax du 22 novembre 2007 de la Dresse V._____, relatif à la médication du recourant, avec la précision que ce dernier présentait un symptôme de dépendance au cannabis depuis l'âge de 17 ans avec consommation continue depuis lors;
- un rapport médical du 7 octobre 2003 du Dr P._____ à la Dresse W._____, selon lequel ce praticien avait pu à peine palper la région cervicale du recourant, celui-ci refusant tout approche physique;
- le rapport médical du 10 avril 2003 du Dr Z._____ à la Dresse W._____ (cf. supra let. A);
- le rapport médical du 17 février 2003 de la Dresse W._____ au Dr M._____ (cf. supra let. A);
- un extrait du dossier du suivi social du patient auprès du Département de psychiatrie, portant la mention suivante à la date du 30 novembre 2007: «C._____ me demande que je fasse pression sur OAI afin qu'il obtienne une rente. Raconte les injustices qu'il aurait subies des services sociaux et des AI. Demande également un certificat pour se faire soustraire de ses obligations militaires envers la Turquie. C._____ demande également que je fasse quelque chose pour qu'il obtienne plus d'argent du CSR, m'expose que sa situation financière est désastreuses.»;
- un rapport d'admission du 8 juillet 2008 auprès du Département de psychiatrie du CHUV établi par le Dr J._____, médecin assistant, qui posait l'impression diagnostique de trouble de l'adaptation chez un patient avec un seuil bas de tolérance à la frustration ainsi que de syndrome de dépendances aux substances multiples et précisait

s'agissant du motif d'hospitalisation: «Idées suicidaires menaces hétéro agressives dans un contexte de conflits conjugaux avec consommation d'alcool, de cannabis et cocaïne le jour précédant l'hospitalisation»;

- un rapport d'hospitalisation 9 janvier 2008 à la Dresse A._____ établi par le Dr Y._____, chef de clinique adjoint, et B._____, psychologue assistante, du Département de psychiatrie du CHUV, à la teneur suivante:

«Le patient susnommé a été adressé le 22.11.2007 par le Dr T._____ de la Consultation de [...], en admission volontaire. Il est sorti le 21.12.2007 pour aller à domicile, adressé à vous-même pour suite de traitement. Il s'agit de la première hospitalisation dans notre établissement.

Motif d'hospitalisation:

Décompensation psychotique aiguë.

Diagnostic (CIM –10):

- * Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0)
- * Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant (F23.3)
- * Possible retard mental léger (F70)
- * Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation épisodique (F10.26)
- * Syndrome de dépendance au cannabis, utilisation continue (F12.25)
- * Difficultés liées aux conditions économiques (Z59.9)
- * Difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61.8)

[...]

Éléments anamnestiques:

Il s'agit d'un patient de nationalité turque, issu d'un milieu modeste, dont les parents étaient paysans. M. C._____ est le troisième d'une fratrie de quatre, dont deux frères décédés, le premier à l'âge de 6 ans tombé accidentellement d'une fenêtre, le deuxième à l'âge de 8 ans d'une rougeole non soignée en Turquie. Il a une soeur âgée de 34 ans qui vit en Valais, mariée, et un frère de 30 ans, gérant d'un centre turc à [...]. Le patient émigre en Suisse avec ses parents à l'âge de 8 ans et fréquente d'abord l'école primaire, puis est placé dans des classes à effectif réduit en raison d'un retard dans les apprentissages. Son enfance est marquée par le décès de sa mère dans un accident de voiture alors qu'il était âgé de 12 ans. Il aurait vu sa mère décédée, le cou tordu. Quarante jours après ce drame, son père se serait remarié avec une ressortissante turque. M. C._____ est placé au foyer des Jeunes Travailleurs à [...].

Sur le plan sentimental, son père organise le mariage de son fils avec une compatriote en 1987. Le patient aurait appris à aimer cette femme. De cette union sont issues trois filles actuellement âgées de 18, 17 et 10 ans. Sa fille aînée est vendeuse dans une grande surface, celle de 17 ans est coiffeuse et la cadette suit l'école primaire.

Concernant le parcours professionnel, M. C._____ n'a pas réussi à effectuer un CFC et aurait travaillé comme temporaire. Il est ensuite engagé comme ouvrier dans la construction métallique de charpente où il travaille durant quinze ans avant d'être victime d'un accident de voiture en 2002 (fracture du cubitus et quelques contusions). Depuis ce moment, le patient n'a plus travaillé et fait état de conflits asséculogiques ainsi

qu'une accumulation de dettes s'élevant jusqu'à Fr. 45'000.-. Son épouse, qui travaille à temps partiel comme ouvrière à la [...], ne parvient pas à éponger cette dette et la situation à domicile serait assez tendue. En outre, M. C._____ demande Fr. 10'000.- à son épouse pour se rendre en Turquie et être licencié du service militaire Il a consulté le CCPP pour un consilium militaire en octobre 2007. Craignant ce départ agendé à début 2008, le patient consulte dans ce contexte à nouveau le CCPP en novembre 2007 où il est vu par Mme F._____ qui demande une hospitalisation sur un mode volontaire en raison de menaces suicidaires.

Examen clinique:

Patient âgé de 38 ans, au visage poupin et au contact immature, collaborant. Il est orienté aux quatre modes et vigilant. Il mentionne un sentiment d'impasse vis-à-vis de sa situation socio-économique (refus de rente de l'AI) et profère des menaces suicidaires de manière démonstrative. Il se plaint de symptômes neurovégétatifs de l'anxiété, comme une oppression thoracique, des tremblements, mais aussi un fort malaise interne, une nervosité, une irritabilité, le sentiment de devenir fou et de perdre le contrôle. Il y a une tension tangible et le recours à une consommation accrue d'alcool pour gérer cette anxiété. Cette consommation aurait aussi un côté social, d'après ses dires, et est estimée à 30 bières par jour. Néanmoins, on ne note pas de stigmates de l'alcool ni de signes de sevrage. L'idéation suicidaire est variable selon le moment en lien avec une voix qui lui ordonne de mourir. Le patient décrit en effet la vision d'un homme barbu, clochardisé, haut de 3 m, qui lui parle et lui donne des conseils. Cette hallucination visuelle serait apparue voici trois ans lorsque son épouse était partie en Turquie. M. C._____ décrit également des idées délirantes persécutatoires, se sentant suivi par des gens qui parlent derrière son dos. Il n'y a pas d'autres symptômes florides de la lignée psychotique. Ce patient montre aussi des difficultés d'élaboration et d'abstraction, visibles à l'attitude et au discours, avec un côté assez impulsif. Il décrit les autres comme "tout gentils" ou "méchants" selon qu'ils réalisent ou non ses besoins. Finalement, on met en évidence une consommation continue de cannabis présente depuis quinze ans, et d'alcool.

Evolution et discussion:

M. C._____ est hospitalisé sur un mode volontaire dans le contexte d'une exacerbation anxieuse et d'idées suicidaires en lien avec une hallucination visuelle construite sous forme d'un grand homme barbu noir qui lui ordonne de mourir. Il aurait par ailleurs mis à exécution cet ordre en achetant une pelle avec le projet de creuser sa tombe dans le terrain de la piscine de [...]. Au cours de l'hospitalisation, M. C._____ n'a pu prendre que peu de distance vis-à-vis du vécu hallucinatoire, mais il en est moins envahi. Le projet suicidaire dicté par cette voix est abandonné en cours d'hospitalisation.

Concernant l'hypothèse de crise, nous pensons que l'approche du délai pour le service militaire en Turquie constitue un facteur de stress significatif pour ce patient endetté. En effet, M. C._____ explique craindre de perdre son passeport turc et de ne plus pouvoir se rendre dans son pays d'origine. Terrorisé par l'éventualité de devoir faire son service militaire aux confins de l'Irak et de l'Iran, régions de la Turquie actuellement en conflit, il aurait demandé un consilium militaire à la Consultation de [...]. Ce consilium (août 2007) concluait à une inaptitude

que nous avons réactualisée avec un certificat médical ad hoc. Cette mesure a fait baisser les symptômes anxieux de ce patient que nous avons accompagné au travers d'entretiens hebdomadaires de soutien et de clarification.

En ce qui concerne la dépendance à l'alcool, M. C. _____ a bénéficié d'une consultation par un alcoologue, le Dr S. _____, et sait qu'il peut s'adresser en alcoologie pour un suivi spécialisé. Il a renoncé toutefois à ce suivi. En outre, ayant de nombreuses plaintes concernant des douleurs dorsales, il a refusé les séances de physiothérapie qu'il avait pourtant demandées avec insistance.

La situation socio-économique de ce patient reste précaire. Notre assistante sociale a pu clarifier avec lui que le délai de recours concernant la décision de l'Al est largement dépassé et qu'en l'absence de nouveaux éléments médicaux, il n'est pas possible de demander une nouvelle rente Al. Nous avons néanmoins pu mettre en évidence des limitations intellectuelles, ce qui constitue un diagnostic psychiatrique jusque-là jamais prononcé. Malheureusement, nous n'avons pas pu l'étayer par une WAIS (QI) car le patient a effectué uniquement le complément d'images de ce test. Nous vous laissons le soin d'organiser cet examen éventuellement en ambulatoire si vous l'estimez utile.

Finalement, M. C. _____ nous a fait part de comportement violent à l'égard de sa famille qui craint ses réactions imprévisibles et ses crises d'angoisse. Nous avons pris contact avec le médecin de ses enfants et vous-même qui n'avez pas été inquiétée par une- éventuelle maltraitance. Nous avons réalisé plusieurs entretiens de famille en ce sens. Nous restons avec des éléments de suspicion non suffisamment étayés pour solliciter l'aide du SPJ. Nous avons néanmoins pris contact avec cet organisme et exposé la situation. Selon eux, il n'y a pas matière pour un signalement.

Sur le plan psychopharmacologique, nous avons maintenu la médication antipsychotique telle qu'elle a été instaurée par vos soins, et augmenté le traitement antidépresseur. Un schéma dégressif de Seresta mis en place en début d'hospitalisation s'est déroulé sans particularité.»

- un rapport d'hospitalisation 5 juin 2008 à O. _____ établi par le Dr Y. _____ du Département de psychiatrie du CHUV, qui retient ce qui suit:

«Le patient susnommé a été adressé le 26.03.2008 par vous-même, en admission volontaire. Il est sorti le 30.03.2008 pour aller à domicile, adressé à vous-même pour suite de traitement. Il s'agit de la 2ème hospitalisation dans notre établissement.

Motif d'hospitalisation:

Idéations suicidaires

Diagnostic (CIM –10):

- * Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0)
- * Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant (F23.3)
- * Possible retard mental léger (F70)
- * Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples (alcool, cannabis et cocaïne), utilisation épisodique (F10.26)
- * Difficultés liées aux conditions économiques (Z59.9)

* Difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61.8)

[...]

Eléments anamnestiques:

Nous ne reviendrons pas en détail sur les éléments anamnestiques de ce patient, qui vous sont connus et que vous retrouvez par ailleurs dans la lettre de sortie de l'hospitalisation précédente (du 22.11 au 21.12.2007).

Depuis sa sortie de l'hôpital, M. C._____ s'est rendu en Turquie avec l'objectif de pouvoir être licencié de ses obligations militaires, à l'aide notamment d'un certificat médical que nous lui avons rédigé lors du premier séjour dans notre établissement. Il semblerait que le service médical turc désire une nouvelle évaluation de son état en 2009, avec un nouveau rapport, ce qui inquiète beaucoup le patient, qui pensait, après son passage en Turquie, être définitivement à l'abri desdites obligations militaires.

Dès son retour en Suisse, deux semaines précédent l'hospitalisation, M. C._____ décrit l'exacerbation de doléances anxieuses, conjuguées à un sentiment d'irritabilité ainsi que des idées de concernement (à coloration persécutives) ainsi que des troubles du sommeil, symptomatologie qui s'accompagne rapidement d'idéations suicidaires. Il aurait, dans ce contexte, entamé une consommation de cocaïne (quantifiée à 1 g/jour).

Le jour précédent son admission, le patient relate s'être promené toute la nuit, à la recherche d'une place où s'enterrer vivant (scénario similaire aux idéations suicidaires ayant motivé la première hospitalisation), pour finalement faire appel à vous-même avec une demande d'hospitalisation sur un mode volontaire. A noter également la mention, toujours présente, d'une symptomatologie hallucinatoire épisodique, visuelle et auditive (prenant la forme d'un grand homme qui lui parle du haut de ses 3 mètres).

Examen clinique:

Patient de 39 ans, faisant plus jeune que son âge, orienté aux quatre modes, collaborant quoique tendu dans le contact. Le discours est modérément sous pression, mais reste peu informatif et centré sur les éléments symptomatiques mis en avant et ayant motivé une demande d'hospitalisation pour mise à l'abri en regard des idéations suicidaires et des consommations de substances annexes. Absence de trouble formel majeur du cours de la pensée. La thymie se trouve sur le versant déprimé, avec une modulation des affects congruente aux événements décrits. Présence d'idéations suicidaires scénarisées («s'enterrer vivant»), vis-à-vis desquelles il s'engage auprès de l'équipe le cas échéant. Mention d'hallucinations acoustico-verbales et visuelles, épisodiques, absentes lors de l'entretien, sans que l'on n'objective d'attitude d'écoute ou de mouvement de poursuite.

Evolution et discussion:

M. C._____ bénéficie rapidement du cadre contenant et structurant de l'hôpital, avec une diminution drastique des doléances anxieuses mentionnées ainsi qu'un amendement des idéations suicidaires. Il met alors essentiellement en exergue ses difficultés socio économiques et notamment un emprunt qu'il aurait effectué auprès d'une cousine pour son voyage en Turquie. Le patient se montre passif et en retrait dans le service, évoquant à plusieurs reprises s'ennuyer à l'hôpital. Dans ce contexte, il consomme, dans la nuit du 29 au 30 mars, du cannabis dans le service, consommation qui débouche sur une fin d'hospitalisation en

l'absence de critère d'office et tel que convenu avec lui lors de la mise en place du projet thérapeutique hospitalier.

M. C. _____ quitte donc notre établissement le 30.03.2008, étant entendu qu'il reprenne contact avec vous-même et sans que nous n'ayons effectué de changement dans sa médication.»;

- _____ un rapport d'hospitalisation 19 août 2008 à O. _____, établi par le Dr Y. _____ et la Dresse I. _____, du Département de psychiatrie du CHUV, qui retient ce qui suit:

«Le patient susnommé a été hospitalisé le 04.07.2008, en admission volontaire. Il est sorti le 07.07.2008 pour aller à domicile, adressé à vous-même pour suite de traitement. Il s'agit de la 3ème hospitalisation dans notre établissement.

Motif d'hospitalisation:

Mise à l'abri volontaire en raison d'idées suicidaires et de menaces hétéro-agressives dans un contexte de conflit conjugal, avec consommations d'alcool, cannabis et cocaïne.

Diagnostic (CIM —10):

* Modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe (F62.0)

* Possible retard mental léger (F70)

* Troubles du comportement liés à la consommation d'alcool et de cocaïne, utilisation épisodique (F10.26- F14.26)

[...]

Éléments anamnestiques:

M. C. _____ est connu pour une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe, un retard mental léger et pour des troubles du comportement liés à la consommation d'alcool et de cocaïne, utilisation épisodique. Il est actuellement traité par Paroxétine, Zyprexa et Temesta. Il est suivi par vous-même à [...]. Au niveau social, il n'a plus d'emploi, a d'importantes difficultés financières et est dans l'attente d'une rente AI, qui a été refusée une première fois.

Le 04.07.2008, le patient vous appelle pour demander une hospitalisation volontaire, suite à une consommation de cocaïne et d'alcool, avec des idées suicidaires et hétéro-agressives. Il se sent inutile, a perdu son rôle de mari et de père. Il signale un important conflit de couple et a été vu plusieurs fois avec son épouse à [...].

[...]

Examens complémentaires:

Screening urinaire du 04.07.2008: cocaïne positif, cannabis positif, le reste négatif.

Evolution et discussion:

M. C. _____ demande une hospitalisation volontaire pour mise à l'abri d'un risque auto- et hétéro-agressif lié à une consommation de cocaïne et d'alcool. Il est rapidement rassuré par le cadre de l'hôpital et, en dehors de toute consommation, ne présente ni idées suicidaires ni velléité hétéro-agressive. Nous comprenons que l'essentiel de ses ruminations concerne la demande de rente AI et des problèmes financiers liés à l'absence de revenu. Le patient consomme de l'alcool, de la cocaïne et du cannabis de façon impulsive pour calmer ses angoisses. Il pense que l'hôpital ne peut pas l'aider dans son problème d'argent et souhaite quitter notre établissement le plus rapidement possible. Après un contact téléphonique

avec vous-même, il est proposé à M. C._____ de rester hospitalisé encore quelques jours pour éviter d'être dans l'action-réaction, mais il refuse. N'ayant pas de critère pour une hospitalisation d'office, et après téléphone à son épouse qui est d'accord pour le retour à domicile, M. C._____ quitte l'hôpital.

Vous avez informé le patient qu'à l'avenir un contrat serait établi avec lui afin d'établir des stratégies lors de situation d'urgence. Nous lui avons remis une liste des différents numéros des urgences psychiatriques en cas de besoin.»

- un rapport d'hospitalisation 2 mars 2009 adressé à O._____, établi par le Dr Q._____, chef de clinique adjoint, et la Dresse EE._____, médecin assistant, du Département de psychiatrie du CHUV, qui retient ce qui suit:

«Le patient susnommé a été adressé le 11.12.2008 par le Dr VV._____ du Service des Urgences Psychiatriques du CHUV, en admission volontaire. Il est sorti le 22.12.2008 pour aller à domicile, adressé à vous-même pour suite de traitement. Il s'agit de la 4ème hospitalisation dans notre établissement.

Motif d'hospitalisation:

Mise à l'abri d'idées suicidaires.

Diagnostic (CIM –10):

Troubles du comportement liés à la consommation d'alcool et de cocaïne, utilisation épisodique, F10.26, F14.26

Trouble de la personnalité sans précision F62.0

[...]

Éléments anamnestiques:

M. C._____ est connu pour une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe et un trouble du comportement lié à la consommation d'alcool et de cocaïne. Il est actuellement suivi à votre consultation à [...]. Sa dernière hospitalisation dans notre établissement remonte au mois de juillet 2008 pour les mêmes motifs, dans un contexte de conflit de couple. Il a également séjourné récemment, quelques jours, à la Clinique de Traitement d'Alcoologie [...] qu'il a quittée prématurément le 17.11.2008.

Sur le plan social, rappelons que M. C._____ est sans emploi depuis 2000, suite à un accident de voiture sur la voie publique. Une demande de rente AI a été refusée une première fois en 2005. Dans ce contexte, il a accumulé des dettes (fr. 60'000.- à 70'000.- de poursuites), il ne peut compter que sur les ressources financières de son épouse, qui travaille dans une boulangerie à 100%, et de son Revenu Minimal d'Insertion sociale. Cette situation financière engendre des difficultés au sein du couple. En effet, la relation est devenue conflictuelle depuis cet accident.

Le jour de son hospitalisation M. C._____ se rend aux Urgences psychiatriques du CHUV accompagné par un ami après avoir consommé 1g de cocaïne et de l'alcool. Il demande de pouvoir se mettre à l'abri, évoquant la survenue dans le contexte de la reprise de sa consommation depuis quelques jours, d'idées suicidaires scénarisées et d'hallucinations acoustico-verbales (entend la voix d'un homme qui lui dit de se suicider).

Examen clinique:

Le patient est calme, collaborant, orienté aux quatre modes, vigile. Dans le contexte de la reprise de sa consommation de cocaïne et d'alcool, le patient évoque une thymie abaissée avec des idées suicidaires scénarisées (se jeter sous le train ou une voiture), des troubles du sommeil (le patient dit ne pas avoir dormi depuis deux jours), une anhédonie sans aboulie et des hallucinations acoustico-verbales (voix d'homme qui lui dit de se suicider). Le discours est pauvre sans trouble formel du cours de la pensée. M. C. _____ rapporte une reprise de sa consommation d'alcool (20 bières/j.), ainsi que de cocaïne et cannabis de manière occasionnelle.

Evolution et discussion:

M. C. _____ est admis dans notre établissement pour une mise à l'abri d'idéations suicidaires s'accompagnant d'une consommation importante d'alcool et parfois de cocaïne et cannabis.

Dans le cadre rassurant de l'hôpital, et en l'absence de consommation de toxiques, nous assistons à un rapide amendement des idées suicidaires, et des symptômes hallucinatoires. L'hypothèse de crise actuelle semble encore se cristalliser autour du problème financier et de l'absence de revenu. En effet, la perte de son emploi en 2000, remet en question son rôle au sein de sa famille et constitue pour le patient une importante blessure narcissique. De plus, le refus d'une rente A.I. en 2005 est vécu comme une non reconnaissance de sa souffrance. Ainsi, M. C. _____ dit consommer de l'alcool et de la cocaïne de manière impulsive pour tenter de calmer ses angoisses, ce qui péjore le conflit de couple existant autour des difficultés financières.

Au cours de cette hospitalisation, M. C. _____ se soumet à une consultation par le Dr AA. _____, alcoologue de liaison. Le patient refuse toute prise en charge hospitalière mettant en avant le mauvais déroulement de son dernier séjour à [...], tout en exprimant son insatisfaction au sujet des méthodes de soins utilisées qui lui étaient proposées, néanmoins, nous avons pu lui remettre les coordonnées téléphoniques de la Fondation Vaudoise contre l'Alcoolisme (FVA) par la suite.

Assez rapidement, le patient demande sa sortie de l'hôpital, disant avoir pu profiter du cadre hospitalier, voulant ainsi retourner passer les fêtes de fin d'année auprès de sa famille. M. C. _____ refuse de prolonger son séjour, malgré notre sollicitude, afin qu'il puisse rencontrer une assistante sociale de notre service, compte tenu de sa situation financière précaire. Au vu de l'absence de critères pour une hospitalisation d'office, nous prenons contact avec son épouse et convenons avec elle de son retour à domicile.

Enfin le 22.12.2008, le patient quitte notre établissement. Nous lui avons demandé de reprendre un rendez vous avec vous même, tout en insistant sur la nécessité pour lui de rencontrer prochainement une assistante sociale.»

Par courrier du 12 mai 2009 à la juge instructrice, la Dresse A. _____ a indiqué qu'elle ne suivait pas personnellement le recourant et n'avait pas le mandat de vérifier que les tâches soient accomplies par ses

collègues et priait la juge instructrice d'adresser désormais directement toute communication à O._____.

O._____, psychologue traitant, a répondu aux questions qui lui étaient posées dans un rapport du 20 mai 2009. Il a posé les diagnostics de trouble psychotique non spécifique, caractérisé par des troubles du Moi (délire de concernement) et des troubles de perceptions (hallucinations auditives avec conduites de poursuite et de vérification), une personnalité borderline caractérisée par des conduites auto-dommageables et un état de stress post-traumatique caractérisé par des cauchemars et par des réviviscences diurnes. S'agissant de l'évolution probable de l'état de santé psychique du recourant à court, moyen et long terme, il relevait que les caractéristiques découlant de la personnalité ne paraissaient pas susceptibles de s'améliorer. Il était d'avis que la capacité de travail médicalement exigible dans l'activité habituelle était nulle, les troubles psychiatriques de l'assuré ne lui permettant pas d'exercer une activité professionnelle présentant des risques d'accident (charpente métallique, qui était son dernier métier).

Le 25 juin 2009, la juge instructrice a transmis aux parties une copie de la lettre du Département de psychiatrie du CHUV du 8 avril 2009 avec ses annexes, la lettre de la Dresse A._____ du 12 mai 2009 ainsi que le rapport du psychologue O._____ du 20 mai 2009 en leur impartissant un délai pour se déterminer.

Dans ses déterminations du 30 juillet 2009, l'OAI indique avoir pris connaissance des pièces médicales transmises et les avoir soumises au SMR pour appréciation. L'office intimé, en se fondant sur un avis médical du SMR du 23 juillet 2009, estime que les documents produits n'apportent pas d'éléments médicaux nouveaux permettant de remettre en question les conclusions motivées de l'expertise du Dr X._____. L'OAI a joint à ses déterminations l'avis médical du 23 juillet 2009 du Dr H._____ du SMR, à la teneur suivante:

«Les rapports médicaux produits dans le cadre du recours font état de plusieurs hospitalisations psychiatriques au CHUV, en mode volontaire, pour des idéations suicidaires dans un contexte de consommation de substances psycho-actives (alcool, cannabis, cocaïne). L'anamnèse rapportée dans ces documents n'apporte aucun élément médical objectif nouveau depuis l'expertise psychiatrique du 24.03.2006. Les plaintes hallucinatoires étaient déjà présentes lors de l'expertise, les troubles du comportement également. Les psychiatres du CHUV reconnaissent eux-mêmes «l'absence d'éléments médicaux nouveaux» (lettre de sortie du 09.01.2008, Drs Y._____ et B._____, page 2). Ils ont vu l'assuré en situation de crise et donnent une interprétation différente d'une même situation médicale, sans que cela remette en question les conclusions motivées de l'expert.

En date du 22.01.09, la Dresse A._____ signe un rapport médical dans lequel elle atteste les diagnostics de «modification durable de la personnalité» et «autres troubles psychotiques aigus essentiellement délirants», motivant une incapacité de travail totale à long terme. On est alors surpris d'apprendre par son courrier du 12.05.2009 qu'elle ne suit pas personnellement ce patient. Quelle est dès lors la valeur probante d'un tel rapport médical? C'est au juge qu'il appartient d'apprécier librement les preuves.

Le rapport du 20.05.09 de M. O._____, psychologue, n'a pas, à notre sens, valeur de rapport médical étant donné qu'un psychologue n'est habilité ni à poser un diagnostic médical, ni à délivrer des certificats d'incapacité de travail.

En l'absence de faits nouveaux depuis l'expertise du 24.03.2006, les conclusions de celles-ci restent valables.»

Le recourant, par son conseil, s'est déterminé le 17 août 2009. Il conteste l'avis du SMR selon lequel les pièces produites par le CHUV et [...] n'apportent aucun élément médical nouveau et explique que son cursus hospitalier depuis 2007 indique une évolution dramatique de sa pathologie. Il conclut que compte tenu des avis opposés de l'expert, d'une part, et du Service de psychiatrie du CHUV et du psychologue O._____, d'autre part, seule la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique sera à même de déterminer sa capacité de travail actuelle.

En annexe à une écriture du 3 décembre 2009, le recourant a à nouveau produit l'attestation d' [...] du 22 janvier 2009 établie par la Dresse A._____ et le psychologue O._____, ainsi que les rapports médicaux du Département de psychiatrie du CHUV des 9 janvier, 5 juin, 19 août 2008 et du 2 mars 2009. Il a en outre produit un rapport du 27 novembre 2009 adressé à l'OAI par le Dr Q._____, chef de clinique

adjoint auprès du Département de psychiatrie du CHUV, à la teneur suivante:

«[...] depuis quelques mois, M. C._____ a présenté une péjoration de ses troubles psychiatriques s'accompagnant d'une consommation chronique d'alcool et de substances psycho-actives, chez un patient présentant un déficit de ses performances intellectuelles, dans un contexte d'une situation psychosociale précaire.

Dans ce contexte, ce patient a dû être hospitalisé dans notre établissement du 07.09.09 au 08.10.09 pour mise à l'abri d'actes auto agressifs. Après sa sortie, il a été placé au centre de l' [...] à [...] dans le cadre d'un projet de réhabilitation.

Au vu de ce qui précède, il est urgent que vos services se penchent à nouveau sur son cas afin de remettre en route une réévaluation pour indiquer des mesures de reclassement professionnel ou d'octroi d'une rente.»

Dans ses déterminations du 19 janvier 2010, l'OAI observe que le certificat médical de la Dresse A._____ du 22 janvier 2009, ainsi que les rapports du Département de psychiatrie du CHUV des 9 janvier, 5 juin, 19 août 2008 et 2 mars 2009 lui ont déjà été transmis et ont fait l'objet de l'avis médical du SMR du 23 juillet 2009. Quant au rapport du 27 novembre 2009, l'office intimé relève qu'il fait référence à des événements survenus postérieurement à la décision litigieuse et qui ne sauraient être pris en compte dans le cadre de la présente procédure.

Dans ses observations du 5 février 2010, le recourant, par son conseil, affirme qu'il est indéniable que certains événements qu'il a vécus, notamment au vu de son cursus psychiatrique, sont postérieurs à la décision attaquée et ne peuvent intervenir dans l'appréciation du cas. Il est toutefois d'avis que ces événements indiquent que son état de santé se dégrade au fil du temps.

Par courrier du 17 novembre 2010, le recourant, par son conseil, produit deux rapports médicaux, l'un du Dr CC._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, du 22 septembre 2010, selon lequel il est suivi par ce praticien depuis le 15 février 2010, ce dernier précisant que l'incapacité de travail est totale et qu'au vu de l'importance des troubles mentaux, en plus de la psychothérapie cognitivo-comportementale et d'un

traitement médicamenteux, le cadre thérapeutique a été renforcé par la mise en place d'un accompagnement social adapté à sa problématique par le CMS de sa localité, et l'autre du 3 novembre 2010 du Dr DD._____, selon lequel l'incapacité de travail de son patient est de 100% pour une durée indéterminée, ce médecin posant les diagnostics de modification durable de la personnalité, de léger retard mental, d'état anxio-dépressif et d'idées suicidaires ainsi que de notion de consommation d'alcool et de drogues.

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 1er 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 (art. 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. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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. 28 al. 1 aLAI – teneur antérieure au 1er janvier 2004 (RO 1987 447) –, 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 66⅔% au moins. Le droit à la rente naît lorsqu'une incapacité de travail d'au moins 40% a persisté pendant une année au minimum sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b aLAI). A partir du 1er janvier 2004, un 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.

b) 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 261, consid. 4; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 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 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

c) Il incombe à l'assureur – en l'espèce l'OAI – de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGa) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée

et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, il doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 3 LAI).

d) 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 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

e) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les

faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2).

3. En l'espèce, est litigieux le droit du recourant à des prestations de l'AI, l'OAI ayant nié dans sa décision du 23 juillet 2008 tout droit du recourant à une rente d'invalidité. L'OAI a considéré, sur la base du rapport d'expertise du Dr X._____, que le recourant présentait une capacité de travail de 100% au plus tard six mois après l'accident du 30 août 2002. Le recourant fait valoir pour sa part en se fondant notamment sur le rapport du Département de psychiatrie du CHUV du 23 août 2007 à l'attention du Consulat Général de Turquie, que les diagnostics qui sont posés dans ce rapport sont en opposition totale avec ceux retenus dans le cadre de l'expertise du Dr X._____. Il se prévaut également de son cursus hospitalier depuis 2007, qui indique l'évolution dramatique de sa pathologie, ainsi que de l'avis de son psychologue traitant, et requiert qu'une nouvelle expertise soit mise en œuvre, sous l'autorité de la Cour de céans.

a) Il n'est pas contesté que, sur le plan somatique, le recourant présente une pleine capacité de travail dans une activité n'exigeant pas de manutentions lourdes et permettant les changements de position (rapport médical du Dr E._____ du 5 juin 2003; rapport médical du Dr R._____ du 22 octobre 2003, cf. lettre A supra).

b) Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail n'ayant pas été évaluée sur ce plan, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr X._____. Dans son rapport d'expertise du 24 mars 2006, ce dernier retient sur l'axe I les diagnostics de troubles de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité légère, de névrose de rente, d'abus d'alcool actuellement en rémission et de non ou mauvaise observance au traitement, sur l'axe II celui de personnalité immature à traits limites et sur l'axe IV le diagnostic de difficultés professionnelles et de conflit conjugal et familial. Or de nouveaux diagnostics psychiatriques ont été posés ultérieurement à la mise en œuvre de l'expertise du Dr X._____. En particulier, les Drs D._____ et L._____ ont posé les diagnostics de

schizophrénie paranoïde et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples dans leur rapport du 23 août 2007. Par ailleurs, dans son rapport d'hospitalisation du 9 janvier 2008, le Dr Y. _____ a notamment posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et d'autre trouble psychotique aigu essentiellement délirant (F23.3). Le Dr Y. _____, dans le rapport d'hospitalisation du 5 juin 2008, a à nouveau posé les diagnostics de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et d'autre trouble psychotique aigu essentiellement délirant (F23.3). Il y a ainsi lieu de constater que plusieurs médecins ont mis en évidence lors des hospitalisations du recourant que ce dernier présentait une schizophrénie paranoïde et d'autre trouble psychotique aigu, diagnostics qui, *prima facie*, sont susceptibles d'influencer sa capacité de travail.

Au vu des nouveaux diagnostics posés par les médecins du Département de psychiatrie du CHUV et des hospitalisations successives du recourant, certes en mode volontaire, intervenues postérieurement à l'expertise du Dr X. _____ mais avant que la décision attaquée ne soit rendue (in casu: 23 juillet 2008), il y a lieu de considérer que les pièces médicales au dossier ne permettent pas à la Cour de céans de statuer en l'état, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète par l'office intimé.

La décision querellée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique auprès d'un nouvel expert indépendant. L'OAI est le mieux à même à ce stade d'effectuer cette instruction complémentaire, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans y procède elle-même. L'instruction complémentaire devra ainsi préciser les troubles et les limitations que présente l'assuré, ainsi que sa capacité de travail exigible dans son ancienne activité et dans une activité adaptée. Il

appartiendra ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit à la rente d'invalidité.

4. Le recours étant admis et la cause renvoyée à l'autorité pour complément d'instruction, le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire (art. 52 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 23 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant un montant de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Claire Charton, avocate (pour C. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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 :