

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 juillet 2010

---

Présidence de M. NEU  
Juges : MM. Monod et Perdrix, assesseurs  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à La Tour-de-Peilz, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** J. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1957, travaillait en qualité d'employé d'exploitation à G. \_\_\_\_\_ depuis 1999. Le 22 juin 2004, il a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente d'invalidité.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI s'est adressé au Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne à La Tour-de-Peilz. Le 14 juillet 2004, ce dernier a retenu les diagnostics de lombosciatalgies chroniques invalidantes et de status post cure de hernie discale à deux reprises L4-L5, une incapacité de travail de 100 % depuis le 4 août 2004 pour une durée indéterminée et un état anxio-dépressif manifeste depuis juin 2003. Il a relevé que l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible et que, dans une activité physiquement peu exigeante, la capacité de travail était de 100 %, probablement avec diminution de rendement, et a déterminé les limitations fonctionnelles de l'assuré.

Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a également remis à l'OAI, en particulier, un rapport du 3 décembre 2003 du Dr N. \_\_\_\_\_, médecin associé du service de rhumatologie du CHUV, retenant les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes (status après cure de hernie discale à deux reprises L4-L5 gauche; dysbalance musculaire et probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse), de troubles statiques plantaires et d'état anxio-dépressif réactionnel, de même qu'une incapacité de travail de 100 % dans une activité légère.

Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assuré a été soumis à une expertise psychiatrique, effectuée les 2 et 23 juin 2005 par la Dresse V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Genève. Dans son rapport du 25 août 2005, celle-ci a en particulier retenu la présence d'un état dépressif sévère, relevé qu'il était

impossible de se prononcer sur le pronostic et évalué l'incapacité résiduelle de travail et la diminution de rendement à 100 %. Elle en outre indiqué que l'état dépressif actuel empêchait l'assuré de poursuivre un traitement médicamenteux, selon elle nécessaire, et a suggéré une réévaluation du cas dans un délai de six mois.

Dans un avis médical du 9 novembre 2005, le Dr K.\_\_\_\_\_, du SMR, a relevé, en raison notamment de l'absence de diagnostic et d'une approche objective de la situation, que l'expertise de la Dresse V.\_\_\_\_\_ n'avait pas de valeur probante et a requis la mise en œuvre d'un examen psychiatrique, effectué le 9 janvier 2007 par la Dresse T.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH au SMR. Dans son rapport du 23 janvier 2007, cette spécialiste a retenu, sur le plan psychiatrique, qu'il n'y avait pas de diagnostic et que la capacité de travail était entière, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles étant strictement tributaires de l'appréciation somatique de l'état de santé de l'assuré. La Dresse T.\_\_\_\_\_ a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Il s'agit d'un assuré âgé de 50 ans, au bénéfice d'une formation de manoeuvre qualifié. Après avoir travaillé dans la serrurerie, il souffre d'une problématique de hernie discale et bénéficie de mesures de reconversion AI dans les années 1990 environ dans le but d'une activité de représentant qu'il exerce durant quelques années par la suite. Suite à la récurrence d'une hernie opérée, l'assuré doit à nouveau changer d'activité professionnelle; il est engagé en 1999 comme employé du tri postal à Daillens. Son activité est interrompue brusquement le 03.06.2003 après avoir reçu une lettre de la part de son employeur afin de signer une demande de retraite anticipée. L'assuré n'a plus retravaillé depuis lors.

L'appréciation psychiatrique met en évidence un individu de bonne constitution psychique, dont la présentation clinique est compatible avec une problématique vertébrale lombaire. L'assuré ne souffre clairement d'aucune atteinte psychiatrique à la santé. Il n'y a notamment aucun signe de dépression au sens des classifications internationales et aucun problème de l'ordre anxieux. L'appréciation psychiatrique est formelle, l'assuré n'a aucune atteinte psychiatrique à la santé qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail.

Quant au positionnement du SMR face à l'expertise réalisée le 25.08.2005 par la Dresse V.\_\_\_\_\_, l'assuré reconnaît avoir eu quelques symptômes de l'ordre dépressif et anxieux dans le contexte de sa séparation conjugale en 2004. A ce moment-là, il a

vu un psychiatre lors de deux consultations mais n'a pas continué le suivi en raison de l'absence d'atteinte significative à la santé. Les autres appréciations psychiatriques de cette expertise sont certainement surévaluées: le fait que l'assuré (page 3 de l'expertise) «soit démoralisé par les histoires asséculo-logiques dont il ne comprend pas tout, qu'il se sent impuissant, et que dans les moments d'angoisse il pleure seul, s'isole, s'enferme malgré qu'il aime le contact avec les autres», sont des éléments rarissimes selon lui, ce qui est confirmé par l'appréciation actuelle. Des idées suicidaires ont été extrêmement fugaces dans le contexte de la séparation conjugale. Tous les éléments pathologiques décrits dans cette expertise ont été tellement rares et peu intenses dans l'anamnèse de l'assuré qu'ils ne peuvent prendre un caractère pathologique.

Le fait que dans l'expertise il ne soit mentionné aucun diagnostic (sous chapitre 4, page 4), que le conflit conjugal n'a été que momentané en 2004 (donc les symptômes ont été éphémères) et que l'assuré depuis lors entretient un bon contact avec son épouse révèlent que l'expertise a prélevé un échantillonnage non représentatif des propos de l'assuré sans en prendre une distance dévolue à la profession de psychiatre: sa valeur probante en devient discutable. L'assuré spontanément reconnaît qu'il n'a pas de dépression".

Le 7 février 2007, se référant aux différents rapports précités, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu l'atteinte principale à la santé de lombalgies chroniques non spécifiques persistantes, une incapacité de travail durable dès le 4 août 2003 et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles consistant en une activité légère sans charge de plus de 5 kilos évitant les postures statiques et permettant de respecter les règles d'hygiène posturale.

Par communication du 8 mai 2007, l'OAI a accordé à l'assuré un soutien dans ses recherches d'emploi dans le cadre d'une aide au placement. Cette mesure a ultérieurement été suspendue en juin 2007, l'assuré contestant disposer d'une capacité de travail dans une activité adaptée.

Dans un projet de décision du 8 mai 2007, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité, en raison d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée et d'un degré d'invalidité de 15 % résultant d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité pour l'année 2004. Par son mandataire, l'assuré a

formé opposition contre ce préavis en date du 7 juin 2007, alléguant en substance ne pas pouvoir travailler et soutenant que le dossier médical était incomplet.

Par décision du 10 juillet 2008, l'OAI a refusé le droit à la rente d'invalidité. Il a considéré que l'assuré ne pouvait plus exercer son ancienne activité et qu'il présentait, dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles (activité légère sans charge de plus de 5 kilos évitant les postures statiques et permettant de respecter les règles d'hygiène posturale), une capacité de travail de 100 %, depuis le 4 août 2003. Se basant sur un revenu d'invalidité s'élevant à 51'532 fr. 42 - sur la base d'un salaire annuel de 57'258 fr. 24 dans une activité simple et répétitive valable en 2004 selon l'enquête suisse sur la structure des salaires, compte tenu d'un abattement de 10 % - et sur un revenu sans invalidité fixé à 60'627 fr., l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 15 %.

**B.** Le 11 septembre 2008, J.\_\_\_\_\_ défère cette décision au Tribunal des assurances et conclut à l'octroi d'une rente entière, faisant valoir sur la base de l'expertise de la Dresse V.\_\_\_\_\_ que les troubles somatiques et psychiques dont elle est atteinte l'empêchent d'exercer une activité lucrative.

Dans ses observations du 7 novembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, relevant que les arguments de l'assurée ne permettent pas de remettre en cause sa position. Il soutient que le rapport de la Dresse V.\_\_\_\_\_ - qui ne mentionne aucun diagnostic et dont le status psychiatrique n'apporte aucun élément d'évaluation de la personnalité de l'assuré - est dénué de valeur probante, et que tous les autres médecins concluent à une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Dans un écrit du 17 décembre 2008, l'OAI fait valoir qu'une maladie diagnostiquée ressort clairement du rapport de la Dresse

V.\_\_\_\_\_, admet le caractère contradictoire d'avec l'expertise du SMR et requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

**C.** Une audience d'instruction s'est tenue le 24 février 2009, lors de laquelle le recourant a fait état d'une aggravation de son état de santé, indiquant un accident vasculaire cérébral ayant nécessité une hospitalisation de trois mois et engendré des problèmes fonctionnels, d'élocution, de mémoire et de concentration.

Dans un rapport du 9 mars 2009 requis par le juge instructeur, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne à La Tour-de-Peilz, a retenu le diagnostic d'accident vasculaire cérébral ischémique gauche avec hémisyndrome sensitivo-moteur facio-brachio-crural droit et aphasie survenu le 30 septembre 2008, puis évalué l'incapacité de travail à 50 %; ce médecin a déposé d'autres pièces médicales étayant ses constatations médicales.

Le 26 mars 2009, se référant à un avis médical SMR du 19 mars 2009 du Dr K.\_\_\_\_\_ - selon lequel l'accident vasculaire cérébral ischémique survenu le 30 septembre 2008 était totalement indépendant des atteintes à la santé prises en compte dans la décision attaquée - l'OAI a retenu que, dans la mesure où cet événement était postérieur à la décision querellée, il n'y avait pas lieu d'en tenir compte dans la présente procédure.

Se prononçant le 22 avril 2009, le recourant a relevé que les troubles psychiques et neuropsychologiques dont il est atteint devaient faire l'objet d'une expertise à la fois psychiatrique et neuropsychologique, et a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Par courrier du 25 mai 2009, le juge instructeur a indiqué que l'accident vasculaire cérébral constituait un nouvel événement nécessitant une nouvelle demande de prestations AI, et a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise judiciaire sur le plan

psychiatrique, invitant celles-ci à proposer des experts et déposer leur questionnaire.

**D.** A la demande du juge instructeur, le Dr S.\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH à Pully, a examiné l'assuré, en octobre et novembre 2009, en vue d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 8 janvier 2010, ce dernier a en particulier retenu ce qui suit:

**"7. Diagnostic et diagnostic différentiel selon la CIM-10 ou le DSM IV. Pourquoi (motivation)?**

- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11)
- Trouble mixte de la personnalité avec traits borderline, paranoïdes et narcissiques (F61)
- Hémisyndrome brachio-facial droit séquellaire d'un accident vasculaire cérébral

D'après les rapports du Dr Q.\_\_\_\_\_ et l'expertise psychiatrique de Mme le Dr V.\_\_\_\_\_, il est évident que cet expertisé a présenté un épisode dépressif sévère. Lors de mon examen, cet épisode dépressif est nettement moins important que celui décrit par mes confrères. Je maintiens néanmoins le diagnostic d'épisode dépressif car cet expertisé est extrêmement discret et fier. Il ne veut pas se plaindre et ne peut pas supporter de se montrer faible. Or se reconnaître déprimé, ne pas avoir le moral n'est pas possible pour lui. Les plaintes sont bien en deçà de ce qu'elles sont pour nombre d'autres patients. J'ai hésité par ailleurs à poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent. En effet, j'ai été frappé par la longue période de chômage qu'a connu l'expertisé de 1995 à fin 1998, et qui correspond au moment où l'expertisé a divorcé. Il est permis de se demander si cette période de chômage n'était pas également due à un épisode dépressif. Devant le manque de renseignements plus précis, je me suis abstenu de poser ce diagnostic.

Je pose d'autre part un diagnostic de trouble de la personnalité en raison des difficultés de cet expertisé à pouvoir établir des relations sentimentales stables bien qu'il affirme avoir un respect de la vie familiale et de ses règles. D'autre part, cet expertisé a un besoin constant de se dépenser physiquement et ne supporte pas d'être enfermé dans un bureau et de ne pas être en contact avec d'autres. Son parcours professionnel est particulier avec des changements d'emploi fréquents. Ce parcours manifeste une certaine instabilité. Enfin cet expertisé se sent agressé par les autres et manifeste toujours une certaine méfiance. Il connaît donc des limitations importantes dans ses capacités d'adaptation.

Je pose enfin un diagnostic d'hémisyndrome brachio-facial droit, avec légère dysarthrie, asymétrie faciale en défaveur de la droite avec discrète déviation de la langue et diminution de la motilité fine distale à droite".

**8. Discussion**

Dans le cadre de ce rapport d'expertise, il faut clairement distinguer ce qui est du ressort de la maladie antérieure à l'accident vasculaire cérébral du 30 septembre 2008 et ce qui est postérieur à cet accident vasculaire cérébral.

Les atteintes à la santé sont bien documentées dans les rapports réunis par l'Office AI dans le cadre de l'instruction. Les troubles somatiques ne sont pas discutés ici car ils ne sont pas contestés. En effet depuis 1981, l'assuré présente des problèmes lombaires qui ont été traités chirurgicalement à deux reprises.

Cet expertisé présente de longue date un trouble de la personnalité. Sa biographie, ainsi que le relevé du compte individuel des cotisations AVS montre qu'il n'a jamais travaillé de longues périodes chez le même employeur manifestant une certaine instabilité professionnelle. Cet expertisé a ainsi toujours eu besoin de se sentir libre de ses mouvements, de décider ce qu'il voulait faire et de ne rendre de compte à personne. D'autre part il s'est toujours investi dans les activités physiques et sportives, ayant besoin de se dépenser pour trouver un certain équilibre. Sur le plan sentimental, il ne s'est jamais engagé que contraint par les grossesses dont il était responsable mais il a toujours été incapable de maintenir une relation sur la durée. Ces différents éléments biographiques me conduisent donc à poser le diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec traits borderline, paranoïdes et narcissiques. Mais il est bien évident que ce trouble de la personnalité à lui seul est bien antérieur aux troubles dorso-lombaires que présente cet expertisé et que ce trouble de la personnalité n'a pas eu de retentissement sur la capacité de travail, au moins jusqu'à l'apparition du trouble dépressif.

A partir de 2003, cet expertisé a présenté un trouble dépressif qui est reconnu par le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecine interne FMH, dans son rapport du 14 juillet 2004, par le Dr N.\_\_\_\_\_, médecine interne FMH, dans son rapport du 3 décembre 2003 et par Mme le Dr V.\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie FMH, dans son rapport d'expertise du 25 août 2005. La note de l'Assurance-Invalidité du 15 septembre 2004 fait également état d'un assuré qui est abattu. En conséquence, j'estime que le trouble dépressif reconnu par des confrères non-psychiatres ne peut pas simplement être écarté du fait de leur prétendu manque de compétence en psychiatrie. Il est évident que le rapport d'expertise psychiatrique de Mme le Dr V.\_\_\_\_\_ ne suit pas exactement les règles de l'art de l'expertise, en particulier par une faible maîtrise du français écrit, mais il donne des informations précises sur les plaintes et le status psychiatrique de l'expertisé. Le diagnostic de trouble dépressif sévère ne peut pas être écarté à la lecture de ce rapport d'expertise car il est cohérent avec le status présenté même s'il n'apparaît pas à l'endroit précis où l'on aurait été en droit de l'attendre. En conséquence, j'estime qu'il est adéquat de reconnaître que l'expertisé a présenté depuis le 4 août 2003 un épisode dépressif sévère.

Le rapport d'expertise de Mme le Dr V.\_\_\_\_\_ ne fait pas mention d'un trouble de la personnalité mais elle souligne très clairement que l'expertisé présente des traits de personnalité narcissique et paranoïde et qu'il a besoin de vivre selon ses propres règles. Ce

rapport mentionne clairement que les capacités d'adaptation de l'expertisé sont limitées en raison de ces traits de personnalité. Enfin il mentionne clairement la nécessité d'un traitement, les limitations des capacités de l'expertisé à l'accès à un travail psychothérapeutique et la nécessité d'une nouvelle évaluation. Mme le Dr V. \_\_\_\_\_ manifeste ainsi des qualités cliniques indéniables.

L'examen du 9 janvier 2007 par Mme le Dr T. \_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie FMH, ne met en évidence aucun trouble psychique et son rapport estime que Mme le Dr V. \_\_\_\_\_ a amplifié le retentissement des plaintes de l'expertisé mais il ne fait aucune mention de tous les autres rapports congruents dans leurs conclusions avec le rapport d'expertise. J'ai de la peine à faire pleine confiance à cet examen de Mme le Dr T. \_\_\_\_\_ car je ne reconnais pas dans la description l'expertisé que j'ai examiné. D'autre part, ce rapport est totalement discordant avec tous les autres rapports médicaux tant l'expertisé est décrit comme ne présentant strictement aucun problème de santé psychique et n'en ayant jamais présenté. Il est néanmoins vraisemblable qu'en janvier 2007, l'épisode dépressif que présentait précédemment l'expertisé se soit partiellement estompé. Mais l'absence de tout diagnostic psychiatrique reste surprenant dans ce rapport. En effet, l'anamnèse que j'ai pu recueillir manifestait des erreurs et des imprécisions importantes, comme le notait déjà Mme le Dr V. \_\_\_\_\_. L'expertisé n'a quasiment aucune capacité introspective et ne peut être que dans l'agir. Les éléments biographiques justifient de se poser la question d'un trouble de la personnalité que l'on ne peut pas rejeter du simple fait de l'examen psychiatrique seul.

Je considère donc que cet expertisé a présenté un épisode dépressif sévère qui s'est partiellement résorbé mais qui ne s'est vraisemblablement pas totalement estompé. Cet épisode dépressif est donc encore présent en 2007, comme il l'est aujourd'hui encore.

## **9. Capacités professionnelles**

Cet expertisé présente depuis de nombreuses années une atteinte à sa santé somatique par des douleurs dorso-lombaires, expliquées en partie par des hernies discales. Malgré des traitements chirurgicaux, ces problèmes dorso-lombaires ont été persistants avec des exacerbations qui ont nécessité des mesures de réadaptation professionnelle. Depuis 1990, l'expertisé n'a plus pu exercer son métier de serrurier et a travaillé un temps dans la représentation puis dans la vente de meubles. Depuis 1999, il a été ouvrier polyvalent à G. \_\_\_\_\_. Mais depuis août 2003, il a été en incapacité de travail. G. \_\_\_\_\_ a estimé qu'elle ne pouvait pas lui offrir une activité professionnelle adaptée à son handicap et lui a octroyé une rente d'invalidité.

Tous les médecins qui ont examiné l'expertisé lors de son incapacité de travail ont constaté un trouble dépressif important. En conséquence, j'estime que cet expertisé a été en incapacité de travail aussi bien en raison des problèmes de douleurs dorso-lombaires que du trouble dépressif sévère qu'il présentait alors. J'estime que cette incapacité de travail était totale depuis le 4 août 2003. Ce trouble dépressif était patent en août 2005 au moment où Mme le Dr V. \_\_\_\_\_ l'a examiné. Ce trouble s'était partiellement

estompé au moment où Mme le Dr T. \_\_\_\_\_ a examiné l'expertisé au début de l'année 2007. Mais comme ce rapport ne tient aucun compte de l'ensemble des rapports antérieurs pour tenter de juger d'une évolution de l'état de santé de l'expertisé et se borne à disqualifier le rapport d'expertise de Mme le Dr V. \_\_\_\_\_, il n'est donc pas possible de fixer de manière assurée une date précise de diminution manifeste de la symptomatologie dépressive. Il est donc vraisemblable qu'au cours de l'année 2006, la symptomatologie dépressive s'est partiellement amendée. Je propose donc de considérer que l'incapacité de travail totale a perduré jusqu'au 30 juin 2006. Dès le 1<sup>er</sup> juillet 2006, cette incapacité de travail n'a plus été que partielle, de l'ordre de 50% en raison d'une diminution marquée de la symptomatologie dépressive.

J'ai beaucoup de peine à accorder toute ma confiance à l'examen de Mme le Dr T. \_\_\_\_\_ car il est parfaitement discordant avec mon propre examen et l'examen de Mme le Dr V. \_\_\_\_\_. Ni les éléments biographiques bien particuliers, ni les traits de personnalité ne sont relevés lors de cet examen. Or justement le fait que l'expertisé se dise trop bon pose justement question. J'estime donc qu'il serait plus adéquat de considérer que l'expertisé présentait toujours une forme fruste de trouble dépressif en janvier 2007 et que ce trouble handicapait toujours sa capacité de travail. C'est la raison pour laquelle j'estime que l'incapacité de travail de 50% persistait alors et a perduré jusqu'à l'accident vasculaire cérébral du 30 septembre 2008. Depuis cette date-là, l'incapacité de travail est totale et cela jusqu'au 30 juin 2009. J'estime en effet que neuf mois après l'accident vasculaire cérébral, l'expertisé a recouvré une capacité de travail partielle. En ce qui concerne strictement les troubles psychiques, cet expertisé a une capacité de travail de 50% environ en raison d'une symptomatologie dépressive de degré moyen, d'une fatigabilité importante comme séquelle de l'accident vasculaire cérébral et de capacités d'adaptation limitées en raison du trouble de la personnalité".

Le Dr S. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100 % du 4 août 2003 au 30 juin 2006, de 50 % du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 29 septembre 2008, de 100 % du 30 septembre 2008 au 30 juin 2009 et de 50 % du 1<sup>er</sup> juillet 2009 pour une durée indéterminée. Il a ajouté que l'assuré ne supportait pas de rester "enfermé" dans un bureau et devait avoir une activité variée ne demandant aucun effort physique important, qu'il pouvait exercer une activité légère à un taux maximum de 50 % et qu'il présentait, en raison des troubles psychiques et des troubles moteurs, une diminution de rendement de 40 %, survenue depuis l'accident vasculaire cérébral le 30 septembre 2008.

**E.** Par courrier du 20 janvier 2010, se référant à l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_, le recourant a proposé une convention selon laquelle il aurait

droit à une rente entière pour la période allant du 1<sup>er</sup> août 2004 au 30 septembre 2006, à une demi-rente du 1<sup>er</sup> octobre 2006 au 31 décembre 2008, à une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 30 septembre 2009 et à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009.

En date du 4 février 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, se référant à un rapport du 4 février du Dr K. \_\_\_\_\_, auquel il déclare se rallier entièrement, qui expose ce qui suit:

"Le rapport d'expertise judiciaire du Dr S. \_\_\_\_\_ appelle les commentaires suivants:

1) concernant la période antérieure à l'accident vasculaire cérébral (30.09.2008), l'expert admet un épisode dépressif sévère responsable d'une incapacité de travail totale d'août 2003 à juin 2006, alors que nous reconnaissons un épisode dépressif de courte durée en 2004, dans le cadre d'un divorce. Le Dr S. \_\_\_\_\_ base son appréciation sur le rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_, interniste du 14.07.2004 et celui du Dr N. \_\_\_\_\_, rhumatologue du 03.12.2003. Ces médecins ont parlé respectivement de «état anxio-dépressif manifeste» et «état anxio-dépressif réactionnel». Seule la Dresse V. \_\_\_\_\_ a parlé d'«état dépressif sévère» dans son rapport d'expertise du 25.08.2005, rapport qui n'a pas valeur probante par manque d'objectivité et de sens critique par rapport aux allégations de l'expertisé. On peine donc à comprendre sur [quels] éléments médicaux objectifs repose le diagnostic d'épisode dépressif sévère et ce qui permet au Dr S. \_\_\_\_\_ d'attester que celui-ci est resté sévère et a été responsable d'une incapacité de travail totale jusqu'au 30.06.2008.

2) concernant les diagnostics actuels,

a. L'expert retient un «épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11)». Les critères mentionnés dans le rapport d'expertise sont «des troubles du sommeil» (critère C6), un «manque de moral et un faciès triste» (critère B1), un «manque manifeste d'entrain» (critère B3) et «n'a plus goût à grand-chose» (critère B2). Il n'est fait mention ni de perte de l'estime de soi (C1), ni de culpabilité excessive et inappropriée (C2), ni d'idées suicidaires récurrentes (C3), ni de diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (C4), ni de modification de l'activité psychomotrice (C5), ni de modification de l'appétit (C7). La présence de quatre critères permet de poser le diagnostic d'«épisode dépressif léger» (F32.0), alors qu'il en faut au moins six pour retenir un épisode dépressif moyen.

b. L'expert retient également un trouble mixte de la personnalité avec traits borderline, paranoïdes et narcissiques (F61) qui repose sur une certaine instabilité professionnelle, l'incapacité à maintenir une relation sentimentale durable et le besoin de se dépenser

physiquement. Si ces items peuvent dénoter des traits de personnalité borderline, paranoïdes et narcissiques, il n'en constitue pas pour autant un trouble de la personnalité. En effet, un trouble de la personnalité repose sur «des modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. De tels types de comportement sont en général stables et englobent de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique... Les troubles de la personnalité apparaissent au cours du développement, dans l'enfance ou l'adolescence, et se poursuivent à l'âge adulte» (Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic, éd. Masson, 2000, p. 180). Le portrait de notre assuré tel que décrit par l'expert ne montre certainement pas des dysfonctionnements d'une gravité qui permette de parler de trouble de la personnalité au sens de la définition ci-dessus. De plus, il est surprenant qu'aucun des médecins consultés, ni psychiatre, ni somaticien, n'ait jamais mentionné un trouble de la personnalité chez cet assuré, alors que par définition un tel trouble est présent depuis l'enfance ou l'adolescence.

3) Enfin, on ne comprend pas la justification médicale à retenir une diminution de rendement de 40% sur une capacité de travail déjà diminuée de 50% pour des raisons psychiatriques. L'expert ne fournit aucune autre justification à une telle baisse de rendement que «en raison des troubles psychiques et des troubles moteurs». Cette appréciation relève à nos yeux de l'arbitraire".

Se déterminant à la demande du juge instructeur sur les remarques formulées par le SMR, le Dr S.\_\_\_\_\_ a maintenu son point de vue au sujet des diagnostics et de leur incidence quant à la capacité de travail, relevant ce qui suit dans son "premier complément au rapport d'expertise", daté du 1<sup>er</sup> mars 2010:

"Le premier problème soulevé est celui des diagnostics. Le SMR estime toujours que l'expertise de Mme le Dr V.\_\_\_\_\_ du 25 août 2005 n'a pas valeur probante en raison du "manque d'objectivité et de sens critique par rapport aux allégations de l'expertisé". J'estime qu'il n'est pas de la compétence des médecins d'estimer la valeur probante d'un rapport médical ou d'une expertise. J'estime d'autre part que le manque d'objectivité ne peut pas être reproché à Mme le Dr V.\_\_\_\_\_ car elle donne dans son rapport d'expertise un status psychiatrique clair. Elle fait une estimation de la capacité de travail en relation claire également avec le diagnostic qu'elle a posé.

L'imputation que fait le SMR du trouble dépressif à la situation de divorce, et cela de manière exclusive, ne repose sur aucun argument bien fondé. La cause du trouble dépressif n'est certainement pas exclusivement due au divorce car au même

moment [l'assuré] était en incapacité de travail en raison de douleurs du dos et [il] était en train de perdre son emploi. J'estime qu'on ne peut pas objectivement imputer le trouble dépressif aux seuls problèmes sentimentaux de l'expertisé.

J'ai tenté d'expliquer dans mon rapport d'expertise du 8 janvier 2010 la difficulté que j'avais à déterminer objectivement la durée de l'épisode dépressif sévère. J'ai donné tous les éléments d'appréciation qui avait fondé mon estimation et je ne peux pas apporter d'éléments nouveaux [puisque aucun] document ne permet de fonder objectivement et sans discussion une amélioration de l'état de santé psychique de l'expertisé.

En ce qui concerne les diagnostics, j'ai donné tous les éléments qui m'ont conduit à poser le diagnostic de trouble de la personnalité. J'estime avoir donné les informations nécessaires à justifier un tel diagnostic selon les critères de la CIM-10. Le SMR conteste ce point de vue, j'en prends note mais j'estime que cela n'est pas fondé.

Le SMR estime que le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique n'est pas fondé selon les critères de la CIM-10. Il se fonde pour cela sur les critères élaborés pour la recherche scientifique et non pour la pratique clinique. Je maintiens donc pleinement mon appréciation et mon diagnostic.

Enfin l'estimation de la capacité de travail et du rendement est contestée par le SMR. J'ai estimé que la capacité de travail était diminuée de 50% en raison des troubles psychique[s]. En effet, le trouble dépressif et le trouble de la personnalité que présente l'expertisé diminuent la capacité de travail. La diminution de rendement de 40%, dont j'ai fait mention en [page] 12 de mon rapport du 8 janvier 2010, devait être entendue comme comprise dans l'incapacité de travail de 50%. Il est en effet fréquemment difficile de distinguer, dans les troubles psychiques, ce qui est de l'ordre de l'incapacité de travail et ce qui est de l'ordre de la diminution de rendement. Pour tenter de clarifier les choses, j'admettrai alors une incapacité de travail de 50% sans baisse de rendement dans une activité adaptée aux troubles psychiques et aux troubles somatiques".

Le 18 mars 2010, l'OAI a déposé un rapport du 11 mars 2010 du Dr K.\_\_\_\_\_, auquel il a déclaré se rallier entièrement, indiquant ce qui suit:

"Dans son «premier complément au rapport d'expertise», le Dr S.\_\_\_\_\_ estime, en réponse à notre premier commentaire (cf. avis médical du 04.02.10), qu'«il n'est pas de la compétence des médecins d'estimer la valeur probante d'un rapport médical». Néanmoins, le Dr S.\_\_\_\_\_, lui-même médecin, estime probant le rapport de la Dresse V.\_\_\_\_\_ puisque c'est sur la base de ce document qu'il valide un épisode dépressif sévère depuis 2003. Par ailleurs, le rapport d'expertise de la Dresse V.\_\_\_\_\_ datant d'août 2005, il ne permet pas de déduire que l'épisode dépressif sévère a

duré jusqu'en juin 2006. Nous ne sommes toujours pas convaincus, ni de la sévérité, ni de la durée de cet épisode dépressif.

En réponse à notre deuxième commentaire concernant la conformité des diagnostics avec les critères de la CIM-10, l'expert se contente de prendre note de notre contestation, qu'il estime infondée, sans argumenter. Nous ne pouvons donc que maintenir nos critiques sur ce point.

Enfin, en réponse au point 3 traitant de la capacité de travail et du rendement, l'expert renonce à retenir une baisse de rendement et conclut à une incapacité de travail de 50% sans baisse de rendement. Dont acte".

Par courrier du 24 mars 2010, sous réserve de l'avis des juges appelés à statuer, le juge instructeur a considéré l'instruction comme étant close.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas, notamment, du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile, le 11 septembre 2008. Pour le surplus répondant aux conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal cantonal des assurances, est donc

compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente (art. 28 LAI).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

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 (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). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**c)** Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125

V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

**3.** Est litigieux le droit du recourant à une rente d'invalidité, cette prestation lui étant refusée par l'intimé dans la décision attaquée. Plus précisément, au vu des différents rapports versés au dossier et des arguments présentés par les parties, il convient d'examiner la problématique psychique de l'assuré et, le cas échéant, de déterminer son incapacité de travail.

Sur le plan somatique, on retiendra que le recourant présente des lombalgies chroniques non spécifiques persistantes engendrant une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles - activité légère sans charge de plus de 5 kilos évitant les postures statiques et permettant de respecter les règles d'hygiène posturale - ainsi que l'ont retenu les Drs K.\_\_\_\_\_ (rapport du 07.02.2007) et N.\_\_\_\_\_ (rapport du 03.12.2003). Cette question n'est pas réellement litigieuse et le recourant ne démontre pas en quoi l'appréciation des médecins précités serait erronée. S'agissant de l'accident vasculaire cérébral dont l'assuré a été victime le 30 septembre 2008, il s'agit d'un élément survenu postérieurement à la date déterminante de la décision attaquée et ne pouvant donc être examiné dans le cadre de la présente procédure de recours, ce qu'a précisé le juge instructeur dans son courrier du 25 mai 2009.

**4. a)** Une première expertise psychiatrique a été requise par le SMR, effectuée en juin 2005 par la Dresse V.\_\_\_\_\_. Avec l'intimé, on relèvera que le rapport de cette praticienne, du 25 août 2008, ne satisfait pas aux critères posés par la jurisprudence permettant de lui reconnaître valeur probante. En effet, il contient une anamnèse sommaire et des réponses trop péremptoires aux questions posées par l'OAI, en l'absence d'un raisonnement complet qui permet d'étayer le point de vue de l'experte. Dans la mesure où la Dresse V.\_\_\_\_\_ ne se base apparemment que sur le discours de l'assuré, sans un recul nécessaire permettant une approche plus rigoureuse de la situation, ses motivations semblent quelque peu subjectives et pour le moins empathiques à l'égard de l'assuré. Son avis est au demeurant incomplet, voire confus ou même contradictoire, dès lors qu'elle retient que l'assuré souffre d'un état dépressif sévère, tout en relevant qu'il lui est impossible de se prononcer sur le pronostic. Du reste, on ne saurait que difficilement se baser sur une expertise qui retient une incapacité de travail tout en ne posant pas de diagnostic précis. C'est donc à juste titre que la Dresse T.\_\_\_\_\_ a été mandatée par le SMR en vue de l'établissement d'une nouvelle expertise. Dans son rapport du 23 janvier 2007, s'écartant de l'avis de la Dresse V.\_\_\_\_\_, celle-ci expose que l'assuré ne présente pas de diagnostic ni aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique.

Dès lors notamment que les Drs Q.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ avaient retenu, respectivement, un état anxio-dépressif manifeste depuis juin 2003 (rapport du 14.07.2004) et un état anxio-dépressif réactionnel (rapport du 03.12.2003) - la Dresse T.\_\_\_\_\_ étant alors le seul médecin à nier la présence chez l'assuré d'un trouble psychique - une troisième expertise a été requise, en l'occurrence auprès du Dr S.\_\_\_\_\_, afin de déterminer l'état psychique de l'assuré antérieur à la décision du 10 juillet 2008 et à l'accident vasculaire cérébral survenu le 30 septembre 2008.

**b)** Le rapport d'expertise du 8 janvier 2010 du Dr S.\_\_\_\_\_ est convaincant et répond de manière circonstanciée aux questions posées par le tribunal de céans, respectivement par les parties. Claire et

complète, cette expertise dresse une évolution du patient cohérente et explique les incapacités de travail retenues, sur la base notamment des avis des autres médecins qui avaient précédemment examiné l'assuré, offrant de solides arguments permettant de s'écarter des conclusions de la Dresse T.\_\_\_\_\_. Nuancé et prudent, l'expert confère ainsi à son travail un caractère objectif et cohérent, en particulier en ce qu'il permet de rejoindre et de compléter les constatations de la Dresse V.\_\_\_\_\_. L'appréciation temporelle du cas est claire, se base sur des éléments ressortant de l'anamnèse respectivement des constatations d'autres médecins, et permet de circonscrire ce qui ressort de la période antérieure à la décision attaquée.

**c)** S'agissant des critiques formulées par le Dr K.\_\_\_\_\_ à l'encontre de l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_, on relèvera que si l'expert s'est basé sur les rapports des Drs Q.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, notamment au sujet des diagnostics et des périodes d'incapacité de travail, cela ne permet pas de douter du sérieux de ses investigations. Dans ses rapports des 4 février et 11 mars 2010, le médecin du SMR reproche à l'expert de ne pas avoir expliqué les raisons pour lesquelles l'assuré présentait un épisode dépressif sévère justifiant une incapacité de travail totale jusqu'au 30 juin 2006.

Or, se basant notamment sur les constatations des Drs Q.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ ainsi que sur l'anamnèse de l'expertisé, le Dr S.\_\_\_\_\_ a retenu la présence d'un épisode dépressif sévère, en relevant que celui-ci, lors de l'examen psychiatrique, était nettement moins important que celui décrit par ses confrères (expertise du 08.01.2010, p. 6); se basant ensuite sur les constatations des Drs V.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ainsi que sur sa propre appréciation, dûment motivée, il a signalé une diminution manifeste de la symptomatologie dépressive et tenu pour vraisemblable qu'au cours de l'année 2006 la symptomatologie dépressive s'était partiellement amendée, retenant que l'incapacité de travail avait perduré jusqu'au 30 juin 2006 (expertise du 08.01.2010, p. 9). Dans son rapport complémentaire du 1<sup>er</sup> mars 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_ a clairement exposé, en réponse à une remarque du médecin du SMR, que le trouble

dépressif ne résultait pas exclusivement du divorce de l'assuré, mais également de douleurs somatiques et de problèmes professionnels.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). A ce sujet, le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est basé sur les critères de la CIM-10 pour retenir, notamment, le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, en fournissant une motivation détaillée et précise, se basant notamment sur les constatations psychopathologiques résultant d'un examen avec l'assuré (expertise du 08.01.2010, p. 4-6). L'expert a également retenu le diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec traits borderline, paranoïdes et narcissiques, ce que conteste le médecin du SMR, se basant sur la littérature médicale.

Dans la mesure où, selon l'expert, le trouble de la personnalité n'engendre pas d'incapacité de travail - celle-ci résultant uniquement du point de vue psychique de l'épisode dépressif (expertise du 08.01.2010, p. 9) - la question de savoir si l'assuré souffre d'un tel trouble peut rester ouverte. Enfin, dans son rapport complémentaire du 1<sup>er</sup> mars 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_ a précisé que la diminution de rendement de 40 % était comprise dans l'incapacité de travail de 50 %, admettant ainsi une incapacité de travail de 50 % sans baisse de rendement.

**d)** Au demeurant, le Dr S.\_\_\_\_\_ a expliqué pourquoi il s'écartait de l'appréciation et des conclusions de l'experte mandatée par le SMR, la Dresse T.\_\_\_\_\_: l'expert a notamment expliqué que cette psychiatre ne tenait pas compte des rapports des autres médecins (soit les Drs Q.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_), a constaté des erreurs dans l'anamnèse retenue par sa consœur et a relevé que l'assuré n'avait aucune capacité introspective, qu'il ne pouvait être que dans l'agir et qu'il présentait des traits de personnalité spécifiques (expertise du 08.01.2010, p. 8-9). En ce sens, on retiendra que l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ permet, de façon convaincante, de s'écarter de l'avis de la Dresse T.\_\_\_\_\_. On

ajoutera que cette psychiatre s'est basée sur une appréciation du cas plutôt brève, peu étayée et documentée, et qui semble effectivement faire fi des autres pièces médicales figurant au dossier.

**e)** Pour le surplus, on relèvera que le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est basé sur une anamnèse précise et étayée, des examens approfondis sur le plan psychique, la prise en compte des plaintes subjectives et qu'il s'est ensuite fondé sur des explications circonstanciées s'agissant des diagnostics retenus, une appréciation médicale claire et cohérente ainsi que des conclusions dûment motivées, en particulier s'agissant de l'incidence des troubles psychiques sur la capacité de travail. Son avis répond donc parfaitement aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante.

**5. a)** Avec le Dr S.\_\_\_\_\_ (expertise du 08.01.2010, p. 12 et en tenant compte de son complément d'expertise du 01.03.2010), qui a procédé à une analyse approfondie de l'état de santé de l'assuré, on retiendra que ce dernier a présenté une incapacité de travail de 100 % du 4 août 2003 au 30 juin 2006, de 50 % du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 29 septembre 2008, de 100 % du 30 septembre 2008 au 30 juin 2009 et de 50 % du 1<sup>er</sup> juillet 2009 pour une durée indéterminée. En raison de modifications importantes de l'état de santé de l'assuré, il y a lieu à révision du droit à la rente d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA.

Compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 LAI) et d'un délai de trois mois post aggravation ou amélioration de l'état de santé de l'assuré (art. 88a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]) – pour autant que le calcul du degré d'invalidité le permette – le recourant peut donc prétendre à l'octroi d'une rente entière pour la période allant du 1<sup>er</sup> août 2004 au 30 septembre 2006, à une demi-rente du 1<sup>er</sup> octobre 2006 au 31 décembre 2008, à une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 30 septembre 2009 et à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009. Ce faisant, on excède cependant l'objet du litige, circonscrit à l'état de fait se présentant jusqu'à la date de la décision attaquée.

**b)** Il y a donc lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision du 10 juillet 2008 et de renvoyer la cause à l'intimé pour calculer le degré d'invalidité et le droit aux prestations eu égard à une incapacité de travail de 100 % du 4 août 2003 au 30 juin 2006, puis de 50 % à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2006, taux qui prévalait encore au jour de la décision attaquée.

**6. a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI.

**b)** Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Selon l'art. 7 TFJAS (Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 fr. En l'espèce, au vu du dossier, il y a lieu de fixer ces dépens à 1'500 fr.

**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 10 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la

cause lui est renvoyée pour nouvelle décision au sens des considérants.

**III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera au recourant J.\_\_\_\_\_ un montant à titre de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs).

**IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (pour J.\_\_\_\_\_)
- 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).

Le greffier :