

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mars 2010

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Röthenbacher et M. Abrecht
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

G. _____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par la Tutrice générale, à Lausanne,

et

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

Art. 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. G._____, né en 1970, originaire du Monténégro, marié et père de trois enfants, sans formation, a déposé, le 5 décembre 2005, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente, pour des raisons psychiatriques.

L'assuré est suivi par le Dr V._____, généraliste, depuis 1993. Celui-ci a considéré, dans un rapport du 11 janvier 2006, que l'état psychique de son patient était incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle, de sorte que son incapacité de travail était totale dans toute activité dès le 3 avril 2002. Etaient joints à son rapport plusieurs documents médicaux attestant que l'intéressé avait été hospitalisé à trois reprises entre le 1^{er} mars et le 30 décembre 2005 en raison d'épisodes dépressifs sévères, ainsi qu'un rapport d'expertise psychiatrique du Département Z._____ du 7 juin 2005, qui parvenait à la conclusion que les troubles présentés par l'assuré ne faisaient pas obstacle à l'exécution de la peine d'emprisonnement de huit mois à laquelle il avait été condamné.

Dans un rapport du 9 mars 2006, la Dresse [...], psychiatre au sein de l'Association Y._____, assistée d'un psychologue, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent depuis 1997, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, et de retard mental léger à moyen constaté en 2005. Elle indiquait que l'état de santé de l'assuré s'aggravait et qu'il était incapable de poursuivre une activité professionnelle sans être inséré dans un contexte sécurisant, le pronostic étant dès lors réservé.

En séance du 17 mai 2006, la Justice de paix du district d'Yverdon a nommé la Tutrice générale en qualité de tutrice de l'intéressé, sur la base d'une interdiction volontaire.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr

S._____, psychiatre et psychothérapeute au Centre [...], qui a posé, dans son rapport du 17 juillet 2007, les diagnostics principaux de trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive léger avec amplification des symptômes et de probables traits sociopathiques. L'expert était d'avis que ces troubles ne justifiaient aucune incapacité de travail, même partielle, hormis possiblement durant une période limitée à 6 mois tout au plus, suite à la réception, en 2005, d'une décision de renvoi. Sa position était motivée comme suit :

« D'un point de vue **psychopathologique**, Monsieur G._____ présente actuellement une symptomatologie d'allure dépressive pour le moins atypique. Le sujet paraît surtout suggestible, dramatique et peu authentique. Visiblement, il a compris le parti qu'il pouvait tirer de cette situation. L'ensemble de ces éléments nous fait penser à une amplification des symptômes :

- description dramatique et démonstrativité des plaintes exprimées parfois sur un ton accusateur et celles-ci sont atypiques, variables ;
- le niveau de participation est insuffisant ;
- coopération insuffisante (cf. observance au traitement très mauvaise contrairement à ce qu'il a déclaré) ;
- incohérence frappante du tableau clinique ;
- peu d'initiative individuelle ;
- enfin, les bénéfices primaires sont assez claires, s'agissant de son permis de séjour en Suisse chez un sujet ayant un passé de délinquance relativement important.

Dans ce cas, nous avons de nombreux éléments suggérant au moins une "**sursimulation**" tant au niveau des symptômes dépressifs, de l'intelligence, s'agissant de sa propre appréciation quant à sa capacité de travail.

Le trouble de la personnalité est difficile à préciser, mais probablement, il existe des traits sociopathiques.

Le résultat du QI effectué à [...] qui donne un résultat de 52 laisse perplexe. En effet, un tel score va dans le sens d'un retard mental léger, voire moyen. Chez un adulte selon le DSM IV, un tel résultat implique que le sujet ne peut subvenir que partiellement à ses besoins, soit par le biais de travaux non qualifiés ou semi-qualifiés, grâce à une assistance attentive dans des ateliers protégés, soit directement sur le marché du travail. Enfin, il est précisé "*pour le retard mental léger : peuvent vivre en communauté, de façon indépendante, dans des appartements thérapeutiques ou foyers communautaires ; pour le retard mental moyen : ils ont besoin d'assistance, de directives face à un stress. Ils s'adaptent bien à la vie dans la communauté, mais se retrouvent souvent dans des foyers protégés*".

Vu les multiples ressources adaptatives dont Monsieur G._____ a fait preuve depuis son arrivée en Suisse en 1990, s'agissant notamment de prolonger son séjour en Suisse malgré de multiples menaces de renvoi, de son aptitude à mobiliser de très nombreux intervenants en sa faveur, d'antécédents de délinquance, notamment le trafic de voiture qui a perduré au minimum pendant 4 ans, manifestement - comme le commande d'ailleurs le simple bon sens - nous n'avons pas à faire ici à un sujet retardé mental. Il faut surtout

envisager de notre point de vue l'existence d'une "sursimulation" ou amplification des plaintes.

Ces différents éléments nous confortent dans l'idée que les manifestations psychiques de l'assuré ne justifient aucune incapacité de travail. Les symptômes sont en grande partie amplifiés ou contrefaits, à but utilitaire, car ils fournissent des solutions à des problèmes de réalité.

Dans ce contexte, il n'est pas étonnant d'observer une discordance importante entre le médecin expert et le médecin traitant, le deuxième faisant par définition le postulat de sincérité de son patient. De surcroît, l'expertise émanant du Département Z._____ paraît relever non d'une observation objective et impartiale, telle qu'elle convient au "mandat d'expertise", *stricto sensu*, mais d'une approche plus subjective, proche du "mandat de traitement" où les examinateurs tendent à prendre fait et cause pour le patient, en allant chercher une morbidité au-delà de la médecine basée sur la preuve, en s'éloignant du modèle biomédical ».

L'OAI a soumis le dossier au Service médical régional AI (ci-après : SMR) pour appréciation. Dans un rapport d'examen du 9 août 2007, le Dr [...] s'est rallié aux conclusions de l'expert S._____, considérant que l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte invalidante à sa santé, de sorte qu'il disposait d'une pleine capacité de travail exigible dans toute activité.

Sur la base de ces éléments, l'OAI a rendu, le 27 novembre 2007, un projet de décision niant de droit de l'assuré à des prestations de l'AI, au motif qu'il ne souffrait d'aucune atteinte invalidante à sa santé.

L'assuré, représenté par la Tutrice générale, a contesté ce projet par courrier du 26 décembre 2007, en se prévalant notamment d'un certificat médical du Dr V._____ du 7 décembre précédent, qui faisait état d'une « maladie psychiatrique invalidante sous forme de séquelles de psychose infantile, avec retard mental dysharmonieux, syndrome psychotique associé à des troubles anxieux et dépressifs », totalement incompatible avec une activité professionnelle et impliquant un handicap social majeur. L'intéressé se référait en outre à l'expertise du Département Z._____ du 7 juin 2005 et à un rapport du Centre X._____ du 13 avril 2006, qui confirmaient qu'il n'était pas apte au travail en raison des troubles mentaux et psychiatriques dont il souffrait. Il demandait par conséquent l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Le 28

décembre 2007, il a produit un rapport établi le 21 décembre précédent par la Dresse [...] et le psychologue de l'Association Y._____, qui rejoignaient l'avis du Dr V._____, tout en précisant que l'état de santé s'était dégradé depuis le 9 mars 2006 et qu'une tentative de reprise d'activité professionnelle dans le cadre d'un atelier protégé avait échoué.

Dans un avis médical du 12 février 2008, les Drs [...] et [...] du SMR ont estimé que l'assuré ne faisait valoir aucun élément nouveau de nature à modifier la position du SMR, de sorte qu'il convenait de s'en tenir à l'appréciation de l'expert S._____.

Par courrier du 12 mars 2008, la Tutrice générale a émis plusieurs critiques à l'encontre du rapport d'expertise du Dr S._____, qu'elle qualifiait d'approximatif, voire d'erroné et faisant fi de toutes les autres pièces médicales versées au dossier, qui s'accordaient à retenir une incapacité de travail totale sur le plan psychique justifiant l'octroi d'une rente.

Par décision du 4 septembre 2008, l'OAI a confirmé son refus du droit aux prestations de l'AI en l'absence d'atteinte invalidante à la santé, estimant que l'expertise psychiatrique du Dr S._____ avait pleine valeur probante et qu'elle devait être préférée aux autres avis médicaux au dossier, qui divergeaient sensiblement tant s'agissant des diagnostics retenus que de l'influence de l'atteinte à la santé de l'intéressé sur sa capacité de travail.

B. La Tutrice générale, en qualité de représentante légale de G._____, a recouru contre cette décision le 6 octobre 2008, concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle allègue que les médecins successivement chargés du suivi de l'assuré, à savoir le Centre de psychiatrie P._____, le Centre X._____, le Département Z._____, le Dr V._____ et l'Association Y._____, s'accordent à dire qu'il souffre de pathologies graves et très handicapantes, excluant la reprise d'une activité professionnelle, comme en ont rendu compte les multiples tentatives infructueuses effectuées dans ce sens. Elle conteste en outre la

valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du Dr S._____, qui comporte selon elle plusieurs contradictions, cet expert étant seul à faire état d'une « sursimulation ». A l'appui de son recours, elle produit notamment un rapport du Centre de psychiatrie P._____, du 22 février 2008 attestant d'une troisième hospitalisation, du 26 janvier au 9 février 2008, suite à une tentative de suicide, ainsi qu'une lettre du Dr V._____ datée du 23 septembre 2008, qui confirme l'incapacité totale de travail en raison d'une lourde pathologie psychiatrique.

Dans sa réponse du 19 décembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours, considérant qu'il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expert psychiatre S._____, lequel a tenu compte des rapports de l'Association Y._____ et du Centre de psychiatrie P._____ et exposé de manière claire les raisons pour lesquelles il s'écarterait des conclusions des médecins traitant et du Département Z._____.

C. Une expertise judiciaire a été confiée au Dr F._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui a examiné l'assuré les 17 et 19 août 2009 et rendu son rapport le 15 septembre 2009. Au terme de son examen clinique, l'expert pose le constat de troubles psychiatriques évidents et retient les diagnostics de retard mental léger, de trouble panique sans agoraphobie, de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen) et de trouble mixte de la personnalité. Il relève en particulier que l'assuré montre des carences adaptatives ainsi que des difficultés de fonctionnement socioprofessionnel et que, son quotient intellectuel global se situant à 51, un retard mental léger est indiscutable. Il observe en outre que le trouble panique se manifeste par des crises accompagnées de palpitations, de douleurs thoraciques, de sudations, de vertiges et de la cognition d'un risque de mort imminente, crises qui surviennent aléatoirement et le plus souvent à domicile. Il retient l'existence d'un trouble dépressif résultant de différents éléments (fatigue, perte d'intérêt et du plaisir présentée quotidiennement depuis longtemps, difficultés de pensée et de concentration, diminution de l'estime de soi et de l'appétit, perte de poids récente et troubles du sommeil sévères), trouble qu'il qualifie de récurrent, dès lors qu'un premier épisode a été

constaté en 1997. Il constate enfin que l'assuré, inconstant dès le début de l'âge adulte, n'a jamais connu de stabilité professionnelle en Suisse et qu'il a rencontré des difficultés avec les autorités, faits évocateurs d'un trouble de la personnalité significatif. L'expert écarte ainsi toute sursimulation et fixe l'incapacité de travail à 60% depuis le 3 avril 2002, essentiellement en raison du trouble dépressif, étant d'avis que l'intéressé conserve des ressources et qu'il peut être exigé de lui qu'il reprenne son activité professionnelle antérieure à 40 pour-cent. L'expert fait notamment valoir ce qui suit :

« **Appréciation assécurologique**

- *Trouble dépressif*

Si l'on considère l'évolution de cet assuré depuis le début des années 2000, force est de constater qu'il lui a presque toujours été reconnu une pathologie psychiatrique. Les situations de crises et d'hospitalisations (hôpital psychiatrique de [...] puis secteur [...] à trois reprises) font justement retenir l'épisode dépressif sévère. M. G. _____ était observé au moment où il était au plus mal, puisqu'il devait être hospitalisé. Il a même été constaté des *caractéristiques psychotiques* à la dépression, sachant qu'elles sont un marqueur de gravité tout à fait net.

L'expertise des médecins psychiatres du Département Z. _____ de Lausanne du 07.06.2005, sur mandat du service d'exécution des peines, retient la même sévérité de l'état dépressif. Contrairement à ce qui est suggéré dans un document au dossier, il n'y a aucun argument pour mettre en doute l'objectivité et la rigueur de cette évaluation, sachant qu'elle n'a pas conclu en faveur de l'assuré. Ces spécialistes en la matière ont en effet reconnu que M. G. _____ était accessible à une sanction pénale et à une peine de prison selon les règles usuelles, même s'ils n'ont pas été suivis par le service d'exécution des peines par la suite. Les experts du Département Z. _____ n'ont dès lors pas montré une empathie singulière par rapport à l'intéressé.

L'expertise S. _____ du 17.07.2007 retient un simple *trouble de l'adaptation avec manifestation anxieuse et dépressive*. Un tel tableau clinique n'a rien d'inquiétant. Il est en dessous de ce que désigne le simple épisode dépressif *léger*. A ce sujet, le soussigné est persuadé qu'un médecin psychiatre expérimenté ne peut pas manquer un diagnostic d'épisode dépressif sévère. L'évaluation du Dr S. _____ est circonstanciée. Rien n'indique que l'examen se soit passé dans de mauvaises conditions. Quelle que soit la qualification diagnostique du trouble affectif de l'époque, on doit admettre que M. G. _____ était peu symptomatique au moment où il a été examiné par cet expert.

Comme l'expert S. _____, le soussigné examine l'assuré dans un contexte ordinaire qui se situe en dehors d'une crise ou d'une hospitalisation. Il admet l'épisode dépressif moyen, posant finalement un diagnostic de trouble dépressif récurrent. Il n'y a pas actuellement des caractéristiques permettant de considérer l'épisode actuel comme sévère. Il n'y a pas non plus de caractéristiques psychotiques associées. Comme on peut s'y attendre, l'assuré se

montre moins symptomatique en dehors des périodes d'hospitalisation, d'autant plus qu'il semble suivre adéquatement son traitement.

Le médecin traitant rapporte quand à lui l'état dépressif constamment sévère, en se référant peut-être simplement à ce qu'il reprend des libellés diagnostiques des psychiatres qui ont examiné l'assuré. Pour le soussigné, l'appréciation du médecin traitant n'exclut pas des rémissions au moins partielles depuis 2002, sachant ce qui se dégage de l'impression clinique et d'autres documents au dossier.

Au vu de ce qui précède, le soussigné est persuadé que M. G._____ souffre d'un trouble dépressif récurrent et que ce trouble a varié en intensité depuis 2002. Le trouble est sévère, à l'occasion des hospitalisations en milieu psychiatrique, en particulier. Il peut être moyen à d'autres occasions. Il a probablement été en rémission, au moment où l'expertisé a été examiné par le Dr S._____.

- *Autres troubles psychiatriques*

Par ailleurs, l'assuré souffre d'un *trouble panique* qui peut influencer négativement sur sa capacité de travail. Ce trouble vaut pour une sensibilité au stress. Il peut diminuer les capacités attentionnelles et de concentration dans le contexte de crises ou de la peur des crises. Il n'est par contre pas accompagné ici d'un évitement phobique marqué qui détermine les limitations les plus importantes d'un tel trouble. Dans le cas de M. G._____, ce trouble panique n'a que peu d'incidences sur la capacité de travail.

Le *retard mental* vaut pour des limitations. Dans le cas présent, il ne s'agit pas seulement d'un problème d'intelligence qui ne relève pas de l'assurance invalidité, mais bien d'un véritable *trouble* classé comme tel dans les ouvrages de référence. Il doit dès lors en être tenu compte, même s'il n'a que peu d'incidences dans les activités professionnelles usuelles de l'expertisé. Il doit essentiellement être mentionné en termes de carences adaptatives.

Le *trouble de personnalité* vaut essentiellement ici pour un gage de chronicité des troubles. Il contribue aussi à des comportements déviants et à une certaine irresponsabilité sociale qui, pour le soussigné, ne relève pas de la maladie *stricto sensu* et de ce que doit compenser l'assurance invalidité.

- *Conclusions*

Au vu de ce qui précède, le soussigné retient une incapacité de travail psychiatrique significative dans ce cas. Elle repose essentiellement sur les limitations liées à l'état dépressif, sachant que ce trouble a aussi varié d'intensité depuis 2002. La dépression limite l'assuré par la perte d'énergie, la baisse d'intérêt, les difficultés à penser et à se concentrer ainsi que par les troubles du sommeil sévères et leurs conséquences diurnes.

Cette incapacité de travail de 60% peut remonter au 03.04.2002, selon les informations qui figurent au dossier. Elle a pu modestement varier vers le haut et vers le bas sans qu'on en sache plus. Globalement, le soussigné considère cette incapacité de 60% comme constante depuis le 03.04.2002 et jusqu'à aujourd'hui. Elle est vraisemblablement fixée pour une longue durée.

L'assuré a par ailleurs des ressources. Il sait faire face à des situations difficiles. Il peut demander de l'aide. Il gère plutôt bien son dossier, ayant quelque part la capacité d'argumenter et de défendre sa position. S'il

souffre d'une pathologie psychiatrique indéniable, on est tout de même bien loin des grandes affections psychiatriques que seraient une psychose schizophrénique ou une affection cérébrale dégénérative de type démence, par exemple.

Une partie du comportement d'invalidé de l'assuré sort aussi du champ médical et peut être sous le contrôle de la volonté. Il peut relever d'une attitude peu responsable et d'un certain mépris des normes, des règles et des obligations sociales propres à des traits de personnalité de l'expertisé. Ce comportement sort pour le soussigné du champ médical *stricto sensu*. Il n'a pas à être pris en compte dans l'appréciation médicale de l'incapacité de travail.

Actuellement, le traitement est manifestement optimal tant en qualité qu'en quantité. Le soussigné n'a rien à proposer sur ce plan.

Des mesures professionnelles paraissent peu utiles dans ce cas, l'expertisé donnant l'impression d'une attitude de laisser faire et n'ayant ni projet ni demande d'aide sur ce plan ».

D. Invité à se déterminer sur cette nouvelle expertise, le recourant a confirmé ses conclusions par écriture du 9 octobre 2009. Par acte du 19 octobre 2009, l'OAI a pour sa part refusé d'adhérer aux conclusions de l'expertise du Dr F. _____, en faisant sien un avis du SMR du 12 octobre 2009, à teneur duquel le retard mental léger du recourant, existant depuis l'enfance, ne l'aurait pas empêché d'exercer diverses activités lucratives simples, de sorte qu'il saurait être considéré comme invalidant. Il reproche par ailleurs à l'expert de ne pas avoir précisé la fréquence des crises de panique qui, si elles se manifestent le plus souvent à domicile, ne sauraient constituer un empêchement au travail, et de ne pas avoir tenu compte des variations de la thymie dans l'évaluation de la capacité de travail.

E n d r o i t :

1. **a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de cette loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est 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 est également recevable en la forme (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]).

2. a) Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à une rente d'invalidité, qu'il déduit de troubles psychiques l'empêchant d'exercer une quelconque activité professionnelle. Se fondant sur les avis concordants de l'expert S. _____ et du SMR, l'OAI est d'avis que lesdits troubles ne sont pas invalidants.

b) Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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.

A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

c) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

d) Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur, il faut mentionner - outre les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

e) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération

les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 ; cf. aussi TF 9C_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut notamment constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

3. En l'espèce, ainsi que le relève le recourant, le Dr V._____ et l'Association Y._____, qui l'ont suivi pendant de nombreuses années, mais également les spécialistes du Centre X._____, du Centre de psychiatrie P._____ et du Département Z._____, sont unanimement d'avis qu'il présente une grave pathologie psychiatrique invalidante, sous

la forme d'un trouble dépressif récurrent, principalement sévère, auquel s'ajoute un retard mental qualifié de léger à moyen. Ces affections font selon eux obstacle à l'exercice d'une activité lucrative quelle qu'elle soit, les multiples tentatives de reprise d'un travail dans un cadre protégé, ainsi que l'avait suggéré dans un premier temps l'Association Y._____, ayant au demeurant échoué. L'OAI persiste néanmoins à faire sien l'avis du SMR, lequel s'est rallié aux conclusions de l'expert S._____, seul à considérer que les symptômes présentés par l'assuré procèdent d'une « sursimulation » et d'une « amplification », ce qui justifierait de retenir tout au plus l'existence d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive léger et de probables traits sociopathiques, affections qui n'entravent nullement la capacité de travail.

En présence d'avis médicaux à tel point divergents, une expertise judiciaire a été mise en œuvre, confiée au Dr F._____. Celui-ci, avec le concours d'une psychologue clinicienne diplômée, parvient à la conclusion, à l'issue d'une synthèse des avis médicaux versés au dossier, de deux entretiens cliniques avec le recourant et d'un entretien avec l'épouse de ce dernier, que la pathologie psychiatrique est indéniable, respectivement que l'intéressé présente un retard mental léger, un trouble panique sans agoraphobie, un trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen) et un trouble mixte de la personnalité. L'expert expose de manière claire, logique, systématique et détaillée les raisons l'amenant à poser de tels diagnostics, observant en particulier que l'existence d'une pathologie psychiatrique d'intensité variable a été retenue depuis le début des années 2000, le constat d'un premier épisode dépressif remontant à 1997 déjà. Il retient une capacité de travail n'excédant pas 40%, principalement en raison des limitations liées à l'état dépressif, cela depuis le 3 avril 2002, comme constaté par le Dr V._____ notamment. Il précise que l'incapacité d'ordre psychiatrique est de longue durée et que le traitement prescrit, optimal tant en quantité qu'en qualité, est adéquatement suivi par l'intéressé.

Ainsi, l'appréciation médicale et assécurologique ainsi que les conclusions du Dr F._____ emportent la conviction de la cour. En effet,

elles prennent en compte l'ensemble des pièces médicales versées au dossier et les plaintes émises par l'expertisé, reposent sur une anamnèse soigneusement reconstituée et détaillée, ainsi que sur un examen clinique systématique et approfondi du cas. Cette expertise rapporte, discute et départage de manière motivée les appréciations des différents spécialistes qui ont été amenés à se prononcer. Les diagnostics sont documentés et les considérations nuancées. En effet, s'il retient une incapacité de travail significative d'ordre psychique, l'expert observe également que le recourant conserve certaines ressources, dans la mesure où il ne se trouve pas totalement démuni face à des situations difficiles et parvient à requérir de l'aide en cas de besoin, de sorte que l'on ne se trouve pas en présence d'une affection sans périodes de rémissions comme cela serait le cas en présence d'une psychose schizophrénique ou d'une affection cérébrale dégénérative de type démence. Par ailleurs, l'expert explique que le comportement méprisant de l'intéressé vis-à-vis du cadre normatif et des obligations sociales n'échappe pas au contrôle de sa volonté, de sorte qu'il sort du champ médical au sens strict et ne doit pas être pris en compte dans l'évaluation de l'incapacité de travail, celle-ci reposant essentiellement sur les limitations liées à l'état dépressif (perte d'énergie, baisse d'intérêt, difficultés à penser et à se concentrer, troubles du sommeil et conséquences diurnes).

En conclusion, il n'y a dès lors aucune raison de s'écarter des conclusions de cet expert, dont le rapport satisfait aux conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 2e), contrairement à celui du Dr S._____, lors de l'expertise duquel l'assuré a pu se montrer peu symptomatique.

Par conséquent, il convient de retenir, conformément aux conclusions de l'expert F._____, que le recourant présente une incapacité de travail de longue durée de 60% en raison d'affections psychiques, cela depuis le 3 avril 2002. L'office intimé s'étant borné, dans la décision attaquée, à nier toute atteinte à la santé invalidante, il se justifie de lui renvoyer la cause afin qu'il détermine le point de départ, la

quotité et les modalités d'octroi de la rente à servir au recourant (cf. art. 69 RAI).

4. Fondé, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée en conséquence, le dossier de la cause étant renvoyé à l'OAI afin que celui-ci rende une nouvelle décision, dans le sens de ce qui précède.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires à la charge d'un organisme de droit public, ni d'allouer de dépens, le recourant obtenant gain de cause avec le concours d'un service de l'Etat (art. 52 et 56 al. 3 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 4 septembre 2008 par l'OAI est annulée.
- III.** La cause est renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision fixant la quotité et les modalités d'octroi de la rente à servir à G._____, rente fondée sur une incapacité de travail de longue durée de 60% à compter du 3 avril 2002.
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Tutrice générale (pour G. _____)
- 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 :