

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 octobre 2010

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : MM. Schmutz et Monod, assesseurs  
Greffier : Mme Vuagniaux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à Préverenges, recourant, représenté par Me Olivier Carré,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le [...], de nationalité [...], exerçait la profession de maçon à plein temps auprès de l'entreprise R. \_\_\_\_\_ depuis le 27 février 1980 lorsqu'il a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 6 février 1997, tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport médical du 27 mai 1997 à l'OAI, le Dr U. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a estimé que la capacité de travail de l'assuré, qui souffrait d'une monoparésie à prédominance distale du membre supérieur gauche, aggravée en période de froid, pouvait être considérée à 50 % depuis novembre 1993, dans la mesure où celui-ci était toujours ouvrier de chantier mais ne pouvait pas répondre à un rendement optimal.

Interrogé par l'OAI, l'employeur R. \_\_\_\_\_ a répondu qu'à son avis, le rendement de l'assuré était optimal.

Par décision du 15 septembre 1997, l'OAI a rejeté la demande de rente.

**b)** Le 29 août 2000, N. \_\_\_\_\_ a rempli un questionnaire en vue d'un nouvel examen du droit aux prestations de l'assurance-invalidité, en indiquant qu'il avait dû réduire son activité en tant que maçon à 50 pour-cent.

Dans un rapport médical du 11 septembre 2000 à l'OAI, le Dr U. \_\_\_\_\_ a maintenu la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans son activité habituelle, compte tenu de la pathologie initiale.

Selon le questionnaire rempli le 2 novembre 2000 par l'entreprise R.\_\_\_\_\_, l'assuré travaillait toujours à plein temps, mais avec un rendement de 50 % depuis le 12 novembre 1998.

**c)** Un stage de réadaptation au Centre d'intégration professionnelle de l'AI, débuté le 25 novembre 2002, a dû être interrompu le 4 décembre 2002 en raison d'une intervention chirurgicale au poignet droit effectuée le 5 décembre 2002 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main. L'assuré a recommencé à travailler comme maçon à 50 % à partir de février 2003, jusqu'à la faillite de son employeur en juillet 2003. Par la suite, il a bénéficié d'un reclassement professionnel dans la section serrurerie-soudure du Centre ORIPH [...] du 1<sup>er</sup> septembre 2003 au 31 janvier 2006. Dans son rapport final du 13 février 2006, le directeur de l'ORIPH a conclu que l'assuré avait démontré de bonnes aptitudes pour la reconversion professionnelle dans le domaine de la serrurerie-soudure.

**B. a)** Par décision du 1<sup>er</sup> juin 2006, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assuré, au motif qu'il était en mesure d'exercer l'activité de serrurier praticien à plein temps. Ainsi, en comparant le revenu de 68'613 fr. 05 qu'il pourrait obtenir sans atteinte à la santé et le revenu de serrurier de 55'978 fr., il en résultait un degré d'invalidité de 18,41 %, inférieur au minimum de 40 % prévu par la loi.

**b)** L'assuré s'est opposé à cette décision par acte du 30 juin 2006, suivi d'un complément de motivation rédigé par le [...] le 21 août 2006.

Dans le cadre du traitement de l'opposition, le Dr U.\_\_\_\_\_ a produit un rapport médical le 6 septembre 2007. Il a retenu, comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, une arthrose radio-carpienne et radio-cubitale inférieure du poignet droit sur ancienne fracture du poignet et une parésie motrice du membre supérieur gauche sur séquelles d'un AVS dans l'enfance. Il a estimé que l'incapacité

de travail était de 100 % « du 5 mai 2006 au 31 août 2007 et pour une période indéterminée ». Il a fait les commentaires suivants :

« Il s'agit d'un ouvrier de chantier qui, depuis de nombreuses années, a souffert d'une parésie spastique motrice du membre supérieur gauche, vivant avec ce handicap sans amélioration possible. Par ailleurs, le patient a souffert d'une arthrose complexe du poignet droit séquellaire à une chute qui a eu lieu en 2002 dont l'instabilité a nécessité un débridement et synovectomie. Depuis lors, plusieurs consiliums avaient proposé un traitement conservateur (physiothérapie et anti-inflammatoires) avec, actuellement, une algie permanente ainsi qu'une forte limitation de la mobilité du poignet droit. Sur le plan asséculo-logique, la SUVA a pris en charge la part du traumatisme du poignet ainsi que les interventions qui ont découlé. Monsieur N.\_\_\_\_\_ se trouve actuellement extrêmement handicapé dans la perspective d'une reprise d'activité en qualité de manoeuvre sur un chantier, vu que la pathologie de son poignet droit ne peut pas être compensée par son membre supérieur gauche, déjà handicapé au préalable ».

**c)** Le Dr Z.\_\_\_\_\_ ayant indiqué dans ses avis médicaux des 4 octobre 2006 et 4 octobre 2007 que l'activité de soudeur n'était pas adaptée et qu'une reconversion professionnelle dans un travail plus léger, ainsi qu'une évaluation de l'ensemble de la situation médicale devraient être effectuées, le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) a estimé qu'il convenait de procéder à un examen clinique orthopédique.

Dans un rapport médical du 11 décembre 2007 établi à la demande du patient, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il ne pouvait que répéter la nécessité d'une expertise AI complète et d'une reconversion professionnelle vers un travail léger mieux adapté à l'état de santé de son patient.

**d)** Le 14 mars 2008, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au SMR, a effectué un examen clinique orthopédique le 14 mars 2008. De son rapport du 25 avril 2008, il résultait notamment ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- **avec répercussion sur la capacité de travail**

- monoparésie du membre supérieur G à prédominance distale, d'origine centrale, évoluant depuis l'enfance, de cause inconnue. G83.2
  - arthrose débutante du poignet D avec des ossifications autour de la styloïde cubitale. M19.1
- **sans répercussion sur la capacité de travail**
- troubles de la statique vertébrale sous forme d'hypercyphose dorsale et hyperlordose lombaire.
  - anamnèse de goutte.
  - hyperlypémie en traitement.
  - status après paralysie faciale à frigore en septembre 2007.
  - bursite olécrânienne récurrente.
  - flexum non réductible du coude gauche.

### **APPRECIATION DU CAS**

Assuré de [...], ayant travaillé comme manoeuvre dans la construction. Il souffre d'une monoparésie du MSG, essentiellement distale d'origine centrale probablement congénitale ou néonatale. En 1972, il a eu une fracture du poignet D qui n'a pas nécessité d'intervention chirurgicale ni de réduction de la fracture. Après 4 semaines, il a repris son travail habituel. Après une chute sur son poignet D, survenue en juillet 2002, apparition des douleurs. Les divers examens ont montré la présence d'une arthrose radio-cubitale, distale et radio-carpienne modérée avec présence d'ossifications autour de la styloïde cubitale. Une ablation chirurgicale des ossifications n'a pas apporté une grande amélioration.

Depuis 1998, l'assuré travaille toute la journée, mais avec un rendement à 50 % et ceci jusqu'à la fermeture de l'entreprise pour faillite en juillet 2003. Depuis septembre 2003 et pendant 2 ans et demi, l'assuré a bénéficié d'une formation en tant que soudeur aux frais de l'Al. A l'issue de cette formation, l'assuré s'est inscrit au chômage puis à l'aide sociale. En ce qui concerne son reclassement professionnel, M. [...], directeur du centre ORIPH [...] écrit dans son rapport final de février 2006, que l'ensemble de la formation s'est bien déroulé, que l'assuré a pu démontrer de bonnes aptitudes pour une reconversion professionnelle dans le domaine de la serrurerie-soudure. L'assuré lui a déclaré que jusqu'à maintenant il n'avait pas de douleur particulière du poignet D, si ce n'est "celles qu'il ressent toujours, mais qui sont supportables", il dit aussi que son poignet est sensible lors des efforts répétés ainsi qu'aux chocs. Il doit dès lors composer et éviter certaines tâches, comme le percement des murs en béton, etc..., il considère que le rendement effectif est de 90 %. L'assuré par contre, a une opinion totalement différente, il affirme que l'ORIPH l'a pratiquement obligé à se former en tant que soudeur, qu'il n'a jamais considéré que cette activité convenait à son poignet D et que lorsqu'il travaillait comme maçon, son poignet se comportait mieux. Le Dr Z. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste et chirurgien de la main, considère que le métier de soudeur n'est pas adapté à l'état du poignet D, qu'il faudrait trouver un travail léger. Je partage l'opinion de ce confrère, c'est-à-dire que l'Al a formé durant 2 ans et demi, un assuré dans un travail peu adapté aux limitations fonctionnelles.

### **Les limitations fonctionnelles**

Cet assuré peut avoir un travail dans l'industrie, sans porter des charges supérieures à 5 kg surtout si cela se fait de façon répétitive. Il doit éviter les métiers qui impliquent une dextérité fine de la main G. Il doit éviter les métiers qui impliquent des mouvements répétitifs du poignet droit tant en flexion-extension qu'en pro-supination. Il doit éviter les vibrations avec le poignet D (perceuse), doit éviter les travaux penché en avant ou en porte-à-faux.

(...)

### **Concernant la capacité de travail exigible,**

A mon avis, les métiers de maçon ou soudeur ne respectent pas les limitations fonctionnelles. Dans le métier de maçon, sa capacité de travail est pratiquement nulle. Le métier de soudeur pourrait être aménagé en évitant le port de charges, les mouvements répétitifs de son poignet droit, mais sa capacité de travail reste limitée. Dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles, par exemple : surveillant ou polisseur dans l'horlogerie, sa capacité de travail est complète. En tant que maçon on peut admettre que sa capacité de travail est diminuée à 50 % depuis novembre 1998, elle devient nulle en juillet 2002 lorsque son poignet droit devient symptomatique. S'il a travaillé jusqu'à juillet 2003, c'était probablement au dessus de ses forces. En tant que soudeur, ce métier n'est pas adapté aux limitations fonctionnelles mais peut être aménagé. On peut admettre une capacité de travail de 50 % depuis juillet 2002 ».

**e)** Le 28 avril 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR a établi un avis médical considérant que les atteintes aux membres supérieurs permettaient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, ce au moins depuis 1993, et que cela ne l'avait pas empêché de travailler dans des activités pas toujours adaptées à plein temps pendant plus de vingt ans. Il a également relevé que l'assuré ne présentait pas d'atteinte significative et incapacitante de sa santé psychique.

**f)** Le 13 juillet 2008, le recourant a fait parvenir à l'OAI les documents suivants :

- un avis médical du 14 mai 2008 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, indiquant qu'un accident vasculaire cérébral pouvait ne laisser aucune trace sur un CT-SCAN cérébral;

- un rapport médical du 22 mai 2008 de la Dresse K.\_\_\_\_\_, psychiatre, diagnostiquant un syndrome douloureux persistant chronique (F45.1) et un épisode dépressif moyen (F32.1). La praticienne indiquait que l'intéressé avait interrompu son suivi effectué du 22 janvier au 24 février 2008 et que, du point de vue psychologique, celui-ci paraissait incapable de reprendre un emploi;
- une lettre du 12 juin 2008 du Dr U.\_\_\_\_\_, indiquant une évolution favorable sans séquelle de la parésie faciale, mais une aggravation de l'état de santé à la fois physique et psychique de son patient dont les capacités de réadaptation étaient restreintes. Le praticien ajoutait que le rapport qu'il avait produit auparavant démontrait bien l'importance de la prise en considération de la souffrance psychique même si l'intéressé n'avait pas été mis au bénéfice d'un traitement anti-dépresseur dont l'indication ne lui paraissait pas posée à ce moment-là.
- une lettre du 6 juillet 2008 de la Dresse M.\_\_\_\_\_, médecine générale, se déclarant choquée par la décision de l'OAI dans la mesure où la concomitance d'une arthrose du poignet droit et la parésie du membre supérieur gauche lui paraissait incompatible avec le travail que l'assuré devrait exécuter.

**g)** Dans un avis médical SMR du 21 août 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_ a exposé que, sous réserve de la page manquante du rapport de la Dresse K.\_\_\_\_\_ et des prochaines conclusions de la Dresse D.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, ces nouvelles pièces médicales n'apportaient aucun élément nouveau susceptible de modifier la teneur de son avis du 28 avril 2008.

Dans un avis médical SMR complémentaire du 8 septembre 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_ a estimé que la page manquante du rapport psychiatrique de la Dresse K.\_\_\_\_\_ mentionnant les diagnostics de syndrome douloureux persistant chronique et d'épisode dépressif moyen,

ainsi que l'interruption du traitement par l'assuré le 24 février 2008, ne modifiait pas les conclusions de l'avis médical SMR du 28 avril 2008.

Dans un avis médical SMR du 20 octobre 2008, le Dr W.\_\_\_\_\_ a exposé avoir reçu entre-temps un rapport médical du 19 septembre 2008 de la Dresse D.\_\_\_\_\_ qui confirmait que l'assuré souffrait depuis 2000 de crises occasionnelles de goutte, malgré un traitement préventif hypouricémiant adéquat, et qui attestait que ces crises de goutte ne justifient pas d'incapacité de travail de longue durée. Le DrW.\_\_\_\_\_ a retenu que le fait que l'assuré avait interrompu son traitement psychiatrique après seulement quatre séances en février 2008 indiquait qu'il ne souffrait pas d'une atteinte grave à la santé d'ordre psychique. En outre, dès lors que la Dresse K.\_\_\_\_\_ indiquait que l'assuré était plutôt préoccupé par des difficultés financières et l'éloignement de sa famille, et que ces facteurs d'ordre socio-économique n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité, une expertise psychiatrique n'apparaissait pas nécessaire.

**h)** Par décision sur opposition du 29 octobre 2008, l'OAI a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre la décision du 1<sup>er</sup> juin 2006, au motif qu'il ressortait du rapport médical du 25 avril 2008 du Dr C.\_\_\_\_\_ que sa capacité de travail était de 0 % dans son activité de maçon, de 50 % dans une activité de soudeur et de 100 % dans une activité adaptée, soit évitant le port de charges supérieures à cinq kilos (surtout si cela se faisait de façon répétitive), les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, ainsi que les métiers impliquant une dextérité fine de la main gauche et des mouvements répétitifs du poignet droit, tant en flexion-extension qu'en pro-supination, et les vibrations avec le poignet droit (perceuse). L'office a considéré que ce rapport d'examen clinique orthopédique remplissait toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumettait la valeur probante d'un tel document et que ses conclusions étaient bien motivées et convaincantes, de sorte qu'il n'y avait aucune raison de s'en écarter.

En outre, dans ses avis médicaux des 28 avril, 21 août, 8 septembre et 20 octobre 2008, le SMR estimait que les pièces communiquées dans le cadre de la procédure d'opposition n'apportaient aucun élément médical susceptible de remettre en cause les conclusions du Dr C.\_\_\_\_\_, que la pathologie du membre supérieur gauche - côté non dominant - avait été investiguée par plusieurs médecins et que cela ne l'avait pas empêché d'exercer des activités pas toujours adaptées à plein temps pendant plus de vingt ans et que le Dr U.\_\_\_\_\_ avait confirmé l'évolution favorable de la paralysie faciale. Il n'était dès lors n'était pas nécessaire de faire appel à un expert neurologue pour apprécier la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Par ailleurs, la Dresse D.\_\_\_\_\_ indiquait que les crises de goutte ne justifiaient pas d'incapacité de travail de longue durée. S'agissant de l'état de santé psychique, le SMR relevait que l'assuré avait interrompu son suivi psychiatrique auprès de la Dresse K.\_\_\_\_\_ le 24 février 2008 et qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé psychiatrique invalidante. Dans ces conditions, la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique n'apparaissait pas non plus nécessaire.

Retenant ainsi que la capacité de travail de l'assuré était de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, l'OAI a estimé le revenu d'invalidé en se référant aux données statistiques telles qu'elles résultaient de l'Enquête suisse la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique, plus précisément au salaire auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 1998, soit 4'268 fr. par mois, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise (ESS 1998, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tenaient compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 1998 (41,8 heures; La Vie économique, 11-2005, p. 86, tableau B 9.2), ce montant devait être porté à 4'460 fr. 06 ( $4'268 \text{ fr.} \times 41,8 : 40$ ), ce qui représentait un salaire annuel de 53'520 fr. 72. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 1998 à 1999 (+ 0,3 %; La Vie économique, 11-2005, p. 87, tableau B 10.2), on obtenait un revenu annuel de 53'681 fr. 28, sur

lequel il convenait d'opérer un abattement de 10 % compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré. Le revenu annuel d'invalidé s'élevait ainsi à 48'313 fr. 15. La comparaison de ce revenu avec celui que l'assuré aurait réalisé sans invalidité dans son ancienne activité en 1999, soit 59'669 fr., aboutissait à un taux d'invalidité de 19 %, qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.

**C.**           **a)** Agissant par l'intermédiaire de son avocat, Olivier Carré, à Lausanne, N.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision sur opposition par acte du 21 novembre 2008, en faisant valoir qu'il résultait des pièces médicales qu'il souffrait notamment d'une faiblesse congénitale du poignet gauche et d'une atteinte au membre supérieur droit, spécialement au poignet droit, des suites d'un accident. Le recourant citait plusieurs rapports médicaux : le rapport psychiatrique du 22 mai 2008 de la Dresse K.\_\_\_\_\_ selon lequel il avait toujours été un travailleur manuel et que l'on ne pouvait attendre de lui une reconversion qui ne fût pas dans ce domaine; la lettre du 6 juillet 2008 de la Dresse M.\_\_\_\_\_ se déclarant choquée par la décision de l'assurance-invalidité dans la mesure où la concomitance d'une arthrose du poignet droit et la parésie du membre supérieur gauche paraissait incompatible avec le travail qu'on aimerait lui faire exécuter; et le rapport du 12 juin 2008 du Dr U.\_\_\_\_\_ - dont il estimait que l'OAI n'avait pas tenu compte - mentionnant que tous ces éléments avaient largement contribué à l'aggravation de son état de santé physique et psychique et que ses capacités de réadaptation étaient restreintes, admettant qu'il était assez difficile de mesurer les capacités de reconversion professionnelle et l'impact des troubles psychiques sur la capacité de réadaptation et préconisant une reprise des investigations. Le recourant a également fait valoir qu'il avait été victime d'un accident vasculaire cérébral probable, même si cette affection avait été bien traitée en automne 2007 et que les traces d'un tel événement n'étaient pas forcément visibles sur imagerie scanner, comme confirmé par le Dr F.\_\_\_\_\_, et qu'il présentait d'autres atteintes à la santé non invalidantes en tant que telles, mais dont la plus inquiétante était une affection de goutte, avec des crises récidivantes, selon le rapport du 19 septembre 2000 (recte : 2008) de la Dresse D.\_\_\_\_\_.

Le recourant a soutenu qu'au vu de l'ancienneté des pièces du dossier, de l'absence de toute évaluation psychiatrique et de la concomitance de différentes affections, certes insuffisantes à elles seules pour justifier une invalidité mais qui composaient un tableau global sombre, il aurait été nécessaire de demander une évaluation médicale actualisée, et plus particulièrement de demander une évaluation psychiatrique, encore jamais faite. A son avis, l'invalidité économique de 18 % était totalement erronée, l'atteinte à la santé étant clairement très largement supérieure au seuil de 40 % donnant droit à une rente d'invalidité. Il a conclu par conséquent à l'annulation de la décision attaquée et à la constatation de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

**b)** Dans sa réponse du 5 janvier 2009, l'OAI a exposé que les griefs du recourant n'étaient pas de nature à remettre en cause sa position. En effet, aucun médecin ne faisait état d'une atteinte à la santé psychique invalidante, de sorte qu'il ne se justifiait pas de mettre sur pied une expertise psychiatrique. De plus, les pièces médicales n'étaient pas anciennes puisque le SMR avait effectué un examen clinique le 14 mars 2008 et les pièces médicales recueillies durant la procédure d'opposition avaient été soumises au SMR pour appréciation. L'OAI a dès lors conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

**c)** Le 29 janvier 2009, le recourant a indiqué qu'il souhaitait la fixation d'une audience aux fins d'entendre des témoins, parmi lesquels il sollicitait d'ores et déjà la convocation de [...], conseillère en intégration et réintégration professionnelle auprès de [...].

**d)** Le 16 mars 2009, le recourant a produit un avis médical du 28 janvier 2009 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui confirmait l'approche de la Dresse K.\_\_\_\_\_ et démentait l'appréciation des médecins du SMR selon laquelle l'atteinte psychiatrique n'était pas significative. Au vu des conclusions du Dr T.\_\_\_\_\_, le recourant estimait qu'il lui paraissait difficile de faire

l'impasse sur une expertise psychiatrique que ce médecin préconisait lui-même.

Dans son rapport médical du 28 janvier 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit :

« Nous avons revu Monsieur N. \_\_\_\_\_ à quatre reprises depuis le 3 décembre 2008. Voici les différents points que nous avons constatés depuis le dernier rapport :

- Monsieur N. \_\_\_\_\_ vit de plus en plus dans l'isolement.
- Lorsqu'il est en présence d'autres personnes, il dit qu'il s'énerve très facilement. Dans ces moments-là il peut perdre le contrôle. Il dit perdre le contrôle surtout lorsqu'il pense qu'il n'arrive pas à travailler comme il le souhaiterait pour réaliser son projet de vie et quand il se trouve dans l'obligation de demander de l'aide.
- Durant les vacances d'été 2008 en [...] il a fait une tentative de suicide avec sa voiture. Sa femme et sa fille cadette se trouvait (sic) aussi dans la voiture. Il a dit qu'il s'était énervé lors d'une discussion avec sa fille en lien avec la perte de son travail, et à ce moment-là il voulait qu'il se tue tous (sic). Donc il y a une mise en danger réel de sa vie et de celle d'autrui.
- Monsieur N. \_\_\_\_\_ ne sait ni lire, ni écrire. Et, selon lui, en Suisse même dans les métiers les plus simples, il y a une exigence de savoir lire des ordres ou des plans ou encore de remplir un rapport, ce qui rend impossible une reconversion professionnelle malgré sa volonté.
- Monsieur N. \_\_\_\_\_ vit séparé de sa famille depuis des années. Il se sent impuissant face à ce qui lui arrive. Il souffre beaucoup de cette séparation et de n'avoir pas pu aider ses enfants à grandir. Cette situation ne fait qu'aggraver son état dépressif. Les idées suicidaires sont aussi de plus en plus nombreuses avec des risques de passage à l'acte.
- Globalement, Monsieur N. \_\_\_\_\_ présente actuellement un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel moyen à sévère (F33.1-2).

Nous pensons que les troubles psychiques sont indépendants des douleurs chroniques. Ils sont plutôt liés à son contexte global de vie et ont probablement déjà existé avant son arrêt du travail.

Nous sommes en conclusion absolument convaincus qu'il s'agit de réévaluer les capacités psychiques de monsieur N. \_\_\_\_\_ à une insertion professionnel (sic), dans la mesure où à notre sens il présente une incapacité de travail à long terme pour ses problèmes psychiques ».

**e)** Se déterminant le 21 avril 2009 sur le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_, l'OAI a déclaré se rallier entièrement à un avis médical SMR du Dr G.\_\_\_\_\_ du 8 avril 2009, dont il résultait ce qui suit :

« Le rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ à Me Carré le 28.01.2009 fait état d'un "trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère". Il étaye ce diagnostic par des éléments ne relevant pas d'un trouble dépressif et de surcroît n'ayant pas de caractère invalidant à long terme. En effet, l'isolement et l'irritabilité ne font pas partie des critères du trouble dépressif selon les classifications internationales reconnues. Les critères d'une classification internationale reconnue pour un trouble dépressif récurrent ne sont pas remplis.

L'allégation d'une tentative de suicide en été 2008 n'est pas documentée. Si le psychiatre croyait réellement à la mise en danger de la vie de son patient et de celle d'autrui, il ne fait aucun doute qu'il l'aurait fait hospitaliser.

Le Dr T.\_\_\_\_\_ évoque l'illettrisme comme cause d'impossibilité d'une reconversion professionnelle. Il s'agit là clairement d'un critère non médical n'entrant pas en compte dans l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail.

De même les facteurs sociaux évoqués, s'ils peuvent certes être cause de souffrance, n'en ont pas pour autant valeur de maladie incapacitante.

Ni le diagnostic, ni l'incapacité de travail attestés dans ce rapport ne reposent sur des arguments médicaux convaincants.

Après avoir interrompu une prise en charge psychiatrique à la quatrième consultation en février 2008, l'assuré aurait fait un tentamen en juillet 2008 et il ne refait appel au psychiatre que six mois plus tard, simultanément au dépôt d'un recours contre la décision de l'AI. Cette séquence ne rend pas médicalement plausible une maladie psychiatrique invalidante. La prise en charge psychiatrique semble plus conditionnée par les "nécessités" de la procédure judiciaire en cours que par l'état de santé de l'assuré.

En conclusion, ce rapport ne démontre, ni même ne rend plausible une affection psychiatrique d'une gravité qui justifierait une incapacité de travail de longue durée au sens de l'AI. Cette incapacité est clairement d'origine psycho-sociale et pas médicale ».

**f)** Réagissant le 10 août 2009 aux observations de l'OAI, le recourant a produit un complément de rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 10 juillet 2009, dont la teneur était la suivante :

« Nous ne pouvons être qu'étonnés de l'avis médical du Dr G.\_\_\_\_\_, datant du 8 avril 2009, dans la mesure où dans notre premier rapport du 22 mai 2008 les différents points correspondant aux symptômes de la dépression ont été cités.

En effet selon la CIM-10 (Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement), les symptômes pour diagnostiquer une dépression sont les suivants :

- a) Une diminution de la concentration et de l'attention
- b) Une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi
- c) Des idées de culpabilité ou de dévalorisation
- d) Une attitude morose et pessimiste face à son avenir
- e) Des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires
- f) Une perturbation du sommeil
- g) Une diminution de l'appétit

Dans notre premier rapport nous retrouvons ces différents points qui sont écrits ainsi :

- a) "Monsieur N. \_\_\_\_\_ a peu de centre d'intérêt"
- b) "Il ressort une très faible estime de soi et une forte sensation d'impuissance"
- c) "Il aimerait bien travailler mais ne s'en sent plus capable"
- d) "Il retient souvent ses larmes (...) il dit être parfois désespéré"
- e) "Il dit (...) avoir envie de se suicider"
- f) "Il dit avoir beaucoup de peine à dormir"
- g) "Il dit manger très peu"

Dans notre complément du rapport datant du 28 janvier 2009 nous constatons que les symptômes de l'état dépressif sont toujours présents et que certains de ces symptômes sont même aggravés. Nous signalons notamment qu'il est passé de "l'envie de se suicider" à la tentative de suicide.

L'incident s'étant passé en Italie, nous n'aurions pas pu intervenir en l'hospitalisant comme le suggérait dans son rapport le Dr G. \_\_\_\_\_.

Ces différents éléments nous ont donc permis de poser le diagnostic de Trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel de moyen à sévère (F33.1-2).

Nous continuons à voir Monsieur N. \_\_\_\_\_ régulièrement et son état psychologique actuel nous permet de maintenir ce diagnostic ».

**g)** Une expertise psychiatrique judiciaire a alors été ordonnée et confiée au Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Lausanne. Son rapport du 9 août 2010 comprend un rappel des éléments pertinents des pièces du dossier (pp. 2-11), une anamnèse détaillée (pp. 11-14), une observation clinique (pp. 14-16), les conclusions de l'évaluation psychologique (pp. 16-20), une évaluation de la situation (pp. 20-23), une conclusion (p. 24) et les réponses aux questions (pp. 24-32). Il en ressortait en particulier ce qui suit :

**« Evaluation de la situation**

L'étude des dossiers consultés, l'anamnèse, l'observation clinique et les tests psychologiques permettent de poser le diagnostic d'une évolution anxieuse et dépressive désormais chronique, dont le début commence clairement en juillet 2002 et dont l'intensité a fluctué entre moyenne et sévère après l'échec de la réadaptation mise en oeuvre par l'AI en 2006. Il s'agit d'un trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité de légère à moyenne-sévère jusqu'en 2006, sans doute d'intensité moyenne à sévère depuis l'échec de la formation de soudeur, associée à une angoisse qui a été d'intensité entre légère et moyenne jusqu'en 2006, et s'est aggravée depuis, chez une personnalité au noyau psychotique, organisée pour parer à l'angoisse de morcellement et à l'angoisse paranoïde, ainsi qu'au défaut de construction de l'espace symbolique, au moyen de quelques défenses narcissiques et de caractère, chez un homme fruste et presque illettré, immature et dépendant.

Autrement formulé, dans la structure de la personnalité de cet expertisé, que nous considérons décompensée depuis l'échec de sa formation de soudeur, nous trouvons d'importants traits immatures, dépendants et paranoïaques, ainsi que des traits narcissiques, caractériels et passifs-agressifs. Une tendance à l'impulsivité s'est manifestée abrupte, dans des situations de tension particulière, heureusement très rares, mais elle pourrait se représenter dans des situations de surcharge particulière, comme la tentative de suicide collectif, marquant l'épuisement des capacités de contrôle psychique de l'expertisé.

Il s'agit d'un trouble mixte de la personnalité.

(CIM-10 : F33, F41.1, F61)

M. N. \_\_\_\_\_ a travaillé toute sa vie avec un bras handicapé, et il a vécu le refus de reconnaissance du préjudice causé par son accident de 2002 (troisième traumatisme désorganisateur) comme un échec et une injustice de plus. Il a eu une vie très dure, consacrée au travail avant sa famille, dont il vit séparé depuis presque vingt ans. A l'entendre, les diverses injustices et échecs subis n'ont fait qu'aggraver progressivement ses blessures, sa perte d'estime de soi et ses traits immatures, dépendants et paranoïaques, à commencer par le partage inégal de l'héritage et, dernier en date, l'échec dans sa reconversion de soudeur. Il a commis des erreurs sur des malentendus parce qu'il ne lit et n'écrit pas à suffisance (comme le fait d'avoir interrompu son traitement auprès de Mme la Dresse K. \_\_\_\_\_) et parce que sa personnalité s'est progressivement fragilisée, puis a décompensé. M. N. \_\_\_\_\_ n'est pas un simulateur et il ne présente pas de troubles factices. Chez lui il ne s'agit pas d'un trouble de type hypocondriaque. Il ne cesse de demander de l'aide, incapable de décisions autonomes, il ne comprend pas les décisions de l'AI et réclame qu'on entende son cri de désarroi et de justice, nous a-t-il dit.

M. N. \_\_\_\_\_ a certainement épuisé ses ressources adaptatives et ses ressources intellectuelles résiduelles sont menues, et l'on sait que ces personnalités sont rigides. Il n'a pratiquement plus la possibilité de récupérer sur le plan psychiatrique pour retrouver autonomie et capacité de travail, même pas dans des activités

adaptées aux handicaps physiques, à notre avis. Les troubles de sa personnalité ainsi que son faible niveau intellectuel et son quasi illettrisme, rendent aujourd'hui impossible la réussite d'une démarche de réadaptation et de réinsertion professionnelle.

Notre évaluation recoupe celle de M. le Dr T. \_\_\_\_\_ qui, à juste titre dans sa lettre du 28 janvier 2009 à Me Olivier Carré (voir les annexes) pose le diagnostic de "*troubles dépressifs récurrents avec un épisode actuel de moyen à sévère*" (F33.1-2). Les constatations reportées dans le "*Complément de rapport*" de M. le Dr T. \_\_\_\_\_ du 10 juillet 2009 (voir les annexes) sont tout à fait pertinentes et ses conclusions sont parfaitement appropriées, à notre avis, lorsqu'il écrit :

*"Nous pensons que les troubles psychiques sont indépendants des douleurs chroniques. Ils sont plutôt liés à son contexte global de vie et ont probablement déjà existé avant son arrêt du travail.*

*Nous sommes en conclusion absolument convaincus qu'il s'agit de réévaluer les capacités psychiques de Monsieur N. \_\_\_\_\_ à une insertion professionnelle, dans la mesure où à notre sens il présente une incapacité de travail à long terme pour ses problèmes psychiques".*

Les observations de Mme la Dresse K. \_\_\_\_\_ dans son certificat médical du 28 mai 2008 (voir les annexes) justifient le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne et ses conclusions aussi sont pertinentes et fondées.

A juste titre, elle ne diagnostique pas un "*syndrome douloureux somatoforme persistant*", mais un "*syndrome douloureux persistant chronique*". Il est à noter toutefois que la pathologie algique de l'expertisé ne correspond pas à un "*trouble somatoforme indifférencié*" comme elle l'indique (F45.1), car chez M. N. \_\_\_\_\_ il s'agit bien de douleurs chroniques, d'origine somatique, et, s'il y a une composante psychogène à la symptomatologie douloureuse, elle survient en cours du trouble dépressif récurrent dont il souffre, comme M. le Dr T. \_\_\_\_\_ le soutient aussi, à juste titre, à notre avis.

A tort, M. le Dr U. \_\_\_\_\_, dans sa lettre datée du 11 décembre 2007 donne le diagnostic d'un état dépressif latent et réactionnel à la situation somatique de l'expertisé. C'était probablement la manière empathique du médecin traitant de soutenir l'espoir de son patient.

Une expertise médico-psychiatrique globale, demandée à plusieurs reprises par les médecins traitants, aurait avec certitude, à mon avis, mis en évidence, dès l'échec des mesures de réadaptation, une atteinte significative et incapacitante de la santé psychique de l'expertisé (anxiété, dépression, troubles de la personnalité, capacités très restreintes d'apprentissage et de réadaptation professionnelle,...), dans la mesure où la pathologie psychiatrique, déjà à l'époque, alourdissait de manière invalidante les affections somatiques de l'expertisé, et le rendait incapable non seulement d'adhérer à toute nouvelle mesure de réadaptation ou de réinsertion dans une quelconque activité manuelle ("mon poignet droit est

foutu", avait-il retenu), mais aussi dans tout autre travail, manuel ou non.

C'est certainement depuis l'échec de la formation de soudeur que l'incapacité de travail et de gain de l'expertisé est devenue d'au moins 70 %, pour s'élever, à notre avis, à 100 % à fin 2007-début 2008.

(...)

### **Conclusion**

La mise au bénéfice d'une rente invalidité entière se justifie dans ce cas et cela depuis l'échec de la formation de soudeur et de manière, à notre avis, durable.

Il y a lieu de préciser que, à notre avis, depuis l'accident de 2002 et jusqu'en janvier 2006, la pathologie psychiatrique de l'expertisé doit être considérée invalidante entre 20 % et 50 %, suivant les périodes ; cette invalidité peut être considérée comprise dans la rente invalidité de 50 % déjà reconnue par l'AI pendant cette période.

Nous considérons raisonnable, au vu de l'anamnèse, de l'étude des dossiers et de notre observation que l'incapacité de travail d'ordre psychiatrique soit évaluée entre 70 % et 100 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et jusqu'au 31 décembre 2007, et qu'elle soit considérée de 100 % depuis janvier 2008 et cela de manière durable.

\* \* \* \* \*

Au vu des dossiers consultés, de l'anamnèse, de nos observation et évaluation, nous pouvons répondre aux questionnaires qui nous ont été soumis de la manière suivante :

### **QUESTIONS DE L'OAI**

#### **A. Questions cliniques**

(...)

*4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?*

Mis à part les diagnostics somatiques, plusieurs fois reportés dans les différentes pièces des dossiers consultés, notamment celui de l'AI, et pour lesquels nous renvoyons aussi aux annexes, les diagnostics psychiatriques ayant des répercussions sur la capacité de travail sont les suivants :

- trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité de légère à moyenne-sévère dès l'accident de juillet 2002, et avec épisodes d'intensité de moyenne à sévère dès l'échec de la formation de soudeur en janvier 2006;
- épisodes d'angoisse diffuse, d'intensité de légère à moyenne dès l'accident de juillet 2002 et de moyenne à moyenne-sévère dès l'échec de la formation de soudeur en janvier 2006;

- troubles mixtes de la personnalité, qui présente d'importants traits immatures, dépendants et paranoïaques, ainsi que des traits narcissiques, caractériels et passifs-agressifs. La personnalité est certainement décompensée depuis l'échec de la formation de soudeur en janvier 2006, à notre avis.

(CIM F33, F41.1, F61)

Pour le reste voir sous "Evaluation de la situation".

La pathologie psychiatrique présentée par cet expertisé doit être considérée totalement invalidante depuis l'échec de la formation de soudeur en janvier 2006. Nous considérons l'incapacité de travail fluctuant entre 70 % et 100 % dès janvier 2006 à fin décembre 2007. Nous la considérons de 100 % dès le début janvier 2008 et cela de manière durable.

Depuis l'accident de 2002 et l'échec de la formation de soudeur, l'invalidité d'ordre psychiatrique a oscillé entre 20 % et 50 %, et doit être considérée englobée dans la demi-rente déjà reconnue par l'AI.

(...)

## **B. Influences sur la capacité de travail**

(...)

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

Voir sous titres "Observation" et "Evaluation de la situation".

L'incapacité de travail d'ordre somatique a été compliquée et aggravée par la pathologie psychiatrique développée par cet expertisé depuis juillet 2002.

A notre avis, M. N.\_\_\_\_\_ est totalement incapable de travailler dans n'importe quelle activité, manuelle ou non.

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

Voir le dossier de l'AI et sous titres « Observation » et « Evaluation de la situation ».

#### *2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail*

Il n'y a pas de capacité résiduelle de travail dans le marché normal du travail chez cet expertisé, à mon avis. Une activité adaptée en atelier protégé serait imaginable et elle pourrait même assurer un support thérapeutique, mais serait actuellement vécue comme persécutoire par l'expertisé, si on l'y obligeait, à notre avis, risquant ainsi d'aggraver sa pathologie anxieuse et dépressive et la décompensation de sa personnalité. Une activité adaptée en atelier protégé peut seulement être préparée dans le cadre d'un accompagnement psychiatrique ambulatoire régulier, se développant sur le long terme.

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

Aucune activité n'est encore exigible, même à un pourcentage très réduit, manuelle ou non.

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

Le rendement était déjà de 50 % pour un temps de travail à 100 % dès 2002.

Le rendement doit être considéré au maximum de 30 % depuis l'échec de la formation de soudeur en janvier 2006, et cela pour des raisons psychiatriques. Dès janvier 2008, le rendement doit être considéré nul, toujours pour des raisons psychiatriques.

(...)

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

Non, comme l'ont observé déjà les professionnels concernés lors des stages en entreprises organisés en 2005-2006. De plus, aucun environnement professionnel dans le marché normal du travail permettrait actuellement une adaptation viable de l'expertisé, en raison de sa pathologie psychiatrique chronique, à notre avis ».

**h)** Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise du 9 août 2010, le recourant a indiqué le 4 septembre 2010 qu'il se ralliait pleinement aux conclusions de l'expert, lequel faisait notoirement autorité et n'était pas connu pour être particulièrement facilement impressionné par la pathologie des patients. Il estime que si l'OAI n'entendait pas revoir sa position au vu de l'expertise judiciaire, l'affaire pourrait être tranchée sans audience.

Egalement invité à se déterminer sur le rapport d'expertise du 9 août 2010, l'OAI a indiqué le 6 septembre 2010 qu'il se ralliait à l'avis médical SMR établi le 1<sup>er</sup> septembre 2010 par le Dr G.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante :

« Le rapport d'expertise judiciaire du Dr P.\_\_\_\_\_ dénote une pleine connaissance du dossier médical et fait état d'un examen psychiatrique complet.

Les diagnostics sont formulés de manière imprécise et non conforme à une classification internationale reconnue (p. ex : "trouble dépressif récurrent, avec épisodes d'intensité de légère à moyenne-sévère"), ce qui ne permet pas d'apprécier objectivement la gravité de l'atteinte à la santé.

L'anamnèse est rapportée avec beaucoup d'empathie par l'expert (...).

L'expert se permet de critiquer ouvertement et de manière réitérée l'AI, d'une part sur les mesures professionnelles mises en place (...), d'autre part sur le fait de n'avoir pas ordonné une expertise (...). Ces critiques, outre le fait qu'elles sortent clairement du mandat confié à cet expert, ajoutées à son empathie manifeste à l'égard de l'assuré, nous font douter de son impartialité. On ne peut en effet pas exclure que ses conclusions tendent plus à vouloir dédommager l'expertisé de ses déboires qu'à faire état de ses limitations strictement médicales.

L'appréciation de la valeur probante d'une expertise étant du ressort juridique, nous laissons le soin au mandant d'en juger ».

**i)** Le 10 septembre 2010, les parties ont été informées que, l'instruction apparaissant complète, la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu par voie de circulation dans les prochains mois.

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

**1. a)** Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent contre une décision sur opposition rendue le 29 octobre 2008 – en application de l'ancien droit qui prévoyait une procédure d'opposition contre les décisions des offices AI – par l'OAI, le recours est recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1), 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 [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). 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 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

**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 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 cons. 3a et les références citées; ATF 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

**3. a)** En l'espèce, la Cour des assurances sociales, confrontée à des avis médicaux divergents en ce qui concerne l'état de santé et la capacité de travail du recourant sur le plan psychiatrique - la Dresse K.\_\_\_\_\_ et le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatres traitants, estimant que le recourant présente une incapacité de travail à long terme en raison de ses problèmes psychiques, tandis que le Dr L.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_ et le Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR estiment, sans avoir vu l'intéressé, qu'il n'existe pas d'affection psychiatrique d'une gravité justifiant une incapacité de travail de longue durée au sens de l'assurance-invalidité -, a confié une expertise judiciaire psychiatrique au DrP.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 9 août 2010, qui contient une anamnèse détaillée et se fonde sur des examens complets - notamment

sur quatre entretiens avec le recourant et sur les tests psychologiques effectués au cabinet de l'expert -, le Dr P.\_\_\_\_\_ est arrivé à la conclusion, au terme d'une description claire du contexte médical et de la situation médicale, que la pathologie psychiatrique présentée par le recourant devait être considérée comme totalement invalidante depuis l'échec de la formation de soudeur qui s'est achevée le 31 janvier 2006, l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique ayant fluctué dès cette date entre 70 % et 100 % pour se fixer durablement à 100 % dès le début janvier 2008.

**b)** Force est de considérer que le rapport de l'expert judiciaire, dont l'OAI lui-même reconnaît qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier et sur la base d'un examen psychiatrique complet, remplit tous les critères formels posés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 2b supra). Ses conclusions, claires et parfaitement motivées, ne peuvent ainsi qu'être suivies. En effet, le dossier ne contient aucun avis d'un autre spécialiste en psychiatrie et psychothérapie qui aurait émis des opinions divergentes aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert judiciaire. Au contraire, tant les constatations que les conclusions de l'expert judiciaire rejoignent largement celles formées par le Dr T.\_\_\_\_\_, et avant lui par la Dresse K.\_\_\_\_\_, travaillant dans le cabinet du Dr T.\_\_\_\_\_.

Par ailleurs, on ne saurait reprocher à l'expert judiciaire - comme le fait le Dr G.\_\_\_\_\_ dans son avis médical SMR du 1<sup>er</sup> septembre 2010 - d'avoir formulé les diagnostics de manière imprécise et non conforme à une classification internationale reconnue, ce qui ne permettrait pas d'apprécier objectivement la gravité de l'atteinte à la santé. Le trouble dépressif récurrent diagnostiqué par l'expert - comme d'ailleurs auparavant par le Dr T.\_\_\_\_\_, qui l'avait classifié de la même manière - est dûment posé selon la CIM-10 sous le code F33 (trouble dépressif récurrent), avec dès l'échec de la formation de soudeur en janvier 2006 des épisodes d'intensité moyenne (F33.2 ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen) à sévère (F33.3; trouble dépressif

récurrent, épisode actuel sévère). Les troubles anxieux, avec épisodes d'angoisse diffuse d'intensité moyenne à moyenne-sévère dès l'échec de la formation de soudeur en janvier 2006, sont classifiés selon la CIM-10 sous le code F41 (autres troubles anxieux). Quant aux troubles mixtes de la personnalité, ils sont dûment retenus selon la CIM-10 sous le code F62 (troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité). Cette classification et la description précise par l'expert des troubles constatés et de leur répercussion sur la capacité de travail, permet sans conteste d'apprécier objectivement la gravité de ces atteintes à la santé.

Enfin, le fait que l'expert ait exprimé l'avis que les mesures professionnelles mises en place par l'OAI n'étaient pas indiquées et appropriées aux limitations fonctionnelles du recourant – ce que le Dr C. \_\_\_\_\_ du SMR avait d'ailleurs lui-même relevé dans son rapport du 25 avril 2008, en indiquant que « l'AI a formé durant 2 ans demi un assuré dans un travail peu adapté aux limitations fonctionnelles » –, de même que le fait que l'expert ait regretté que l'OAI n'ait pas accepté la proposition fermement répétée par les médecins traitants de mettre en œuvre une expertise médico-psychiatrique globale, ne sont pas de nature à faire douter de l'impartialité de l'expert, contrairement à ce que soutient le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son avis médical SMR du 1<sup>er</sup> septembre 2010. L'hypothèse selon laquelle les conclusions de l'expert pourraient tendre « plus à vouloir dédommager l'expertisé de ses déboires qu'à faire état de ses limitations strictement médicales » ne trouve aucun fondement objectif, le rapport d'expertise décrivant clairement, sur des bases objectives et complètes, les limitations constatées sur le plan strictement psychiatrique.

**c)** Il résulte de ce qui précède qu'il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions convaincantes et bien motivées de l'expert judiciaire, selon lesquelles la pathologie psychiatrique présentée par le recourant doit être considérée comme totalement invalidante depuis l'échec de la formation de soudeur qui s'est achevée le 31 janvier 2006, l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique ayant fluctué dès cette

date entre 70 % et 100 % pour se fixer durablement à 100 % dès le début janvier 2008.

Il sied ainsi de retenir que l'incapacité de travail du recourant dans toute activité a été d'au moins 70 % entre le 1<sup>er</sup> février 2006 et le 31 décembre 2007 et de 100 % depuis lors. Le revenu d'invalidé correspond au salaire auquel pouvaient prétendre, en 2006, les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit 4'732 fr. par mois, part au 13<sup>e</sup> salaire comprise (ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4). Comme les salaires standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 3-2010, p. 94, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'933 fr. 11 ( $4'732 \text{ fr.} \times 41,7 : 40$ ), ce qui représente, après abattement de 10 % compte tenu des limitations fonctionnelles de l'assuré, un salaire annuel de 53'277 fr. 58 et donc de 15'983 fr. pour une activité à 30 % ( $4'933 \text{ fr.} \times 12 \times 0,9 \times 0,3$ ). La comparaison de ce revenu avec celui que le recourant aurait réalisé sans invalidité dans son ancienne activité en 2006, soit 68'613 fr. (cf. communication interne de l'OAI du 11 mai 2006), aboutit à un degré d'invalidité de 76,7 % à partir du 1<sup>er</sup> février 2006. Dès le début janvier 2008, le degré d'invalidité est de 100 % en raison de l'incapacité totale et de gain dans toute activité. Dès lors qu'un degré d'invalidité de 70 % ouvre le droit à une rente entière d'invalidité (cf. consid. 2a supra), le recourant doit se voir reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2006.

**4. a)** Il s'ensuit que le recours, fondé, doit être admis et la décision sur opposition rendue le 29 octobre 2008 par l'OAI réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2006.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise

à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels 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. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA; art. 7 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008; RSV 173.36.5.2). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 2'500 fr. l'indemnité à verser par l'OAI au recourant à titre de dépens.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision sur opposition rendue le 29 octobre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2006.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à payer au recourant à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Olivier Carré, avocat (pour N. \_\_\_\_\_)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)

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 :