

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 janvier 2011

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

Cause pendante entre :

M._____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Mary Monnin-Zwahlen, avocate audit lieu,

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) M._____, né le [...], marié et père de trois enfants, originaire de [...], est arrivé en Suisse en 1986 et est actuellement au bénéfice d'un permis C. Il a œuvré comme aide de cuisine au service de P._____ du 1^{er} juin 1992 au 15 décembre 2005; en incapacité de travailler depuis cette date, il a été licencié avec effet au 30 novembre 2006. Le 15 août 2006, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

b) Mandaté par W._____, assureur d'indemnités journalières maladie, le Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu une expertise le 21 juin 2006, en indiquant que l'assuré présentait un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11), un trouble hypochondriaque (F45.2) et une personnalité anxieuse (F60.6), entraînant une totale incapacité de travail. Il a notamment mentionné ce qui suit :

« STATUS PSYCHIATRIQUE

(...)

L'humeur est modérément dépressive. C'est surtout la symptomatologie d'inhibition et de ralentissement qui domine : asthénie, aboulie, indécision et sentiment d'impuissance.

L'humeur est dysphorique avec des ruminations négatives, on retrouve des troubles du sommeil et de l'appétit.

Il n'y a pas d'idéation suicidaire.

L'échelle de dépression de Hamilton cote à 24, ce qui indiquerait la présence d'un état dépressif d'intensité modérée (18-25).

L'anxiété est particulièrement présente, avec des manifestations somatiques déjà décrites ci-dessus et surtout des préoccupations hypocondriaques.

Mr M._____ est en effet constamment préoccupé par la présence de troubles somatiques graves; il est très focalisé sur les manifestations corporelles.

(...)

L'échelle d'anxiété de Hamilton cote à 28, ce qui indiquerait la présence d'une anxiété sévère.

DISCUSSION DIAGNOSTIQUE :

Mr M._____ présente une pathologie psychiatrique, mélange de trouble de l'humeur, d'anxiété et de troubles du registre somatoforme.

L'expert a opté pour le diagnostic de personnalité anxieuse, suivant l'anamnèse, car l'anxiété est présente de très longue date (enfance) et sous la forme de différentes manifestations (soucis, conduites phobiques, crises anxieuses, somatisations, etc.).

Cette symptomatologie anxieuse est également en lien étroit avec les préoccupations hypochondriaques de l'expertisé.

Par ailleurs Mr M._____ met l'accent sur la faiblesse et la vision de lui-même. Il se présente comme étant diminué et plus capable de s'adapter à son environnement. Cette description correspondrait aux critères descriptifs de la Neurasthénie, diagnostic quelque peu obsolète, qui n'est guère plus posé actuellement.

PRONOSTIC :

Je partage l'avis de mes confrères quant au pronostic négatif.

En effet, la constellation symptomatique présentée par l'expertisé, sa stabilité dans le temps sans "vraie" amélioration malgré les traitements, fait craindre une évolution vers l'invalidation, avec un ancrage et une chronicisation symptomatique, alliée à un état de régression et de passivité.

Il sera difficile de remobiliser Mr M._____, compte tenu, entre autres de la perception qu'il a de lui-même et de ses capacités adaptatives.

Il est convaincu d'être gravement malade ou de risquer une grave maladie, s'il s'expose à trop de stress.

La situation est encore aggravée par son licenciement récent ».

c) Dans un rapport médical du 13 septembre 2006, le Dr B._____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué que son patient était en incapacité totale de travailler du 16 décembre 2005 au 28 février 2006, à 50 % du 1^{er} mars au 16 juin 2006 et de nouveau à 100 % à partir du 16 juin 2006. Il a posé les diagnostics suivants :

« Ayant des répercussions sur la capacité de travail :

- Etat anxio-dépressif sévère, troubles du sommeil. Etat de fatigue, céphalées, suivi par les psychiatres.
- Cervico-dorsalgies sur scoliose cervico-dorsale à convexité gauche. Gastrite.
- Douleurs thoraciques atypiques, palpitation.
- Multiples plaintes.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- Problèmes familiaux. Un enfant trisomique, décès de la mère, conflit professionnel depuis plusieurs années ».

d) Le 12 janvier 2007, les Drs T. _____ et H. _____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant à l'Unité de Psychiatrie O. _____, ont diagnostiqué, avec incidence sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), un trouble hypocondriaque (F45.2) et une personnalité anxieuse (F60.6). Ils ont indiqué que ces trois atteintes existaient depuis septembre 2003, début du traitement de leur patient, et ont exposé ce qui suit :

« Constatations objectives :

Patient de [...], qui fait plus que son âge, à la tenue et à l'hygiène soignée et correcte, très respectueux concernant les rendez-vous. Il est calme, collaborant, bien orienté aux 3 modes. Nous notons une thymie triste, un ralentissement psychomoteur modéré et une symptomatologie anxieuse sous forme d'une anxiété flottante, des ruminations anxieuses négatives concernant son état de santé et son avenir, ainsi que par des préoccupations hypocondriaques. Le discours est cohérent et adapté, centré sur son état de santé actuel, son sentiment d'insuffisance et sur la recherche des explications pour ses manifestations corporelles. Il demande un traitement miracle qui puisse le guérir et le rendre "comme avant". Nous n'avons pas constaté de signes florides de la ligne psychotique.

Thérapie / Pronostic :

M. M. _____ suit actuellement un traitement psychiatrique intégré, avec des entretiens médicaux une fois toutes les 3 semaines environ, et un traitement médicamenteux antidépresseur, anxiolytique et hypnotique. Malgré plusieurs changements dans le traitement et dans le cadre d'une bonne compliance médicamenteuse, nous n'avons pas constaté de changements notables, les symptômes dépressifs évoluant dans le sens d'une chronification, avec la persistance d'une symptomatologie anxieuse importante. Actuellement, il mène un mode de vie très limité, sans contacts sociaux, il a même de la difficulté à regarder la télévision. Il présente une incapacité de travail totale en raison des manifestations psychiques détaillées ci-dessus, avec des limitations fonctionnelles liées à la symptomatologie dépressive (fatigue, apathie, anhédonie, sentiments d'inutilité, de diminution et d'insuffisance), à la symptomatologie anxieuse (manifestations hypocondriaques liées aux sensations corporelles, anxiété flottante) ainsi qu'à l'aspect social de son état (isolement social). Des mesures professionnelles ne sont pas à envisager. Le pronostic reste défavorable ».

e) Dans un second rapport d'expertise psychiatrique du 29 janvier 2007 adressé à W. _____, le Dr R. _____ a confirmé l'incapacité totale de travailler et posé les diagnostics de dysthymie (F34.1) et trouble

hypochondriaque (F45.2). Ses discussion diagnostique et pronostic étaient les suivants :

« **STATUS PSYCHIATRIQUE**

(...)

Les affects de l'expertisé apparaissent plutôt "plats", avec quelques épisodes de pleurs qui laissent apparaître l'humeur dépressive sous-jacente à bas bruit et chronique.

C'est la symptomatologie d'inhibition et de ralentissement qui domine : manque d'énergie, perte de plaisir, aboulie, indécision, voire même une forme de perplexité.

Il n'y a pas d'idéation suicidaire.

L'échelle de dépression de Hamilton cote à 22, ce qui indiquerait la présence d'un état dépressif d'intensité modérée (18-25).

L'anxiété est particulièrement présente indissociable des préoccupations hypochondriaques.

Mr M. _____ reste surtout préoccupé par l'idée de la présence de troubles somatiques graves; il est focalisé sur les manifestations corporelles et en interprète l'origine de manière catastrophiste.

Son comportement et son mode de vie est complètement sous l'emprise de sa problématique de santé, devenue une préoccupation obsessionnelle. Le reste étant pauvre...

L'échelle d'anxiété de Hamilton cote à 31, ce qui indiquerait la présence d'une anxiété sévère.

DISCUSSION DIAGNOSTIQUE :

Mr M. _____ se chronicise dans une pathologie psychiatrique où dominant les troubles du registre somatoforme, avec une comorbidité anxieuse et dépressive.

Le trouble hypocondriaque est à l'origine d'un processus d'invalidation déjà avancé avec un patient régressé, fonctionnant sur un mode pauvre.

PRONOSTIC :

Le pronostic reste négatif.

En effet, la constellation symptomatique présentée par l'expertisé, sa stabilité dans le temps sans "vraie" amélioration malgré les traitements, traduit désormais une évolution vers l'invalidation, avec une chronicisation et obsessionnalisation autour des plaintes, allié à un état de régression et de dépressivité chronique également.

L'expertisé est "catalogué" comme évoluant vers l'AI ».

f) Considérant les rapports médicaux qui précèdent, l'OAI a mandaté la Clinique L. _____ pour une expertise. Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire du 19 février 2008, synthèse des expertises

de psychiatrie et de médecine générale datées du même jour, le Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr U._____, spécialiste FMH en médecine générale, ont conclu à l'absence de toute pathologie invalidante, estimant que l'assuré souffrait simplement d'une antrite et d'une bulbite érosive traitées, ainsi que d'une dysthymie (F 34.1). Leur appréciation du cas était la suivante :

« 3. EXAMEN CLINIQUE

(...)

Examen de psychiatrie

Observations directes : L'expertisé a une voix monocorde et lente, une amimie et une rigidité, qui ont d'ailleurs également été constatées par le médecin somaticien.

Facultés neurocognitives : Les facultés mnésiques à court, moyen et long termes, de même que la capacité de jugement et le niveau d'intelligence de l'investigué, sont congruents au niveau d'éducation reçu et à la profession d'aide de cuisine exercée. Notons que l'examen des facultés neurocognitives va à l'encontre d'une clinique de dépression.

Substances : Une addiction est exclue à l'exception d'un tabagisme d'un paquet de cigarettes par jour depuis de nombreuses années puisque l'assuré n'a jamais consommé de substances illicites ni de dérivés éthyliques de façon excessive (critères CAGE pour le dépistage d'une dépendance éthylique négatifs, examens sanguins et cliniques dans la norme).

Mentionnons que le dosage du Cymbalta® (duloxétine HCl), de même que celui du Risperdal® (rispéridone), se situent dans la fourchette thérapeutique, ce qui signale une bonne compliance médicamenteuse.

Psychose : L'entretien d'expertise n'a pas repéré de symptômes de la lignée psychotique émergeant spontanément tels que des hallucinations auditivo-visuelles, des attitudes d'écoute, des bizarreries du geste ou des troubles du cours ou du contenu de la pensée qui pourraient relever d'un diagnostic de psychose ou de trouble schizophrénique au sens de l'OMS. Toutefois, l'expertisé est sous l'effet d'une imprégnation neuroleptique par Risperdal® (rispéridone), ce qui limite les éventuelles productions psychotiques (pour autant qu'il y en ait). D'autre part, son manque d'initiative verbale ne témoigne pas d'un trouble du cours ou du contenu de la pensée.

Humeur : Aucun critère majeur de la dépression au sens de l'ICD-10 n'est retenu lors de l'examen d'expertise, puisque les plaintes de l'intéressé sont vagues et non spécifiques. Toutefois, trois critères mineurs de la dépression sont présents (culpabilité, trouble de la concentration, inappétence). Cette symptomatologie dépressive mineure mais constante n'est pas d'une sévérité ni d'une durée suffisantes pour répondre aux critères d'un trouble dépressif récurrent léger. Dans ce contexte, le diagnostic de dysthymie posé par le Docteur R. _____ en janvier 2007 est confirmé lors de la présente expertise interdisciplinaire.

Anxiété : Il n'existe pas de signes physique ou psychique d'anxiété compatibles avec la présence d'un trouble anxieux. Rappelons que l'examiné est au bénéfice d'un traitement de benzodiazépines et de neuroleptiques.

Somatisation : Seul le critère A d'une somatisation est présent, ce qui est insuffisant pour retenir un diagnostic de somatisation ou de trouble somatoforme apparenté selon l'ICD-10.

Personnalité : De longue date, l'assuré ne présente pas de conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle majeure lors de

situations personnelles et sociales très variées compatible avec la présence de troubles de la personnalité au sens de l'OMS.

(...)

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Suite à leurs examens cliniques respectifs (voir rapports d'expertises en annexe), les experts mandatés (le Docteur Q. _____, spécialiste FMH en psychiatrie, et le Docteur U. _____, spécialiste FMH en médecine générale) se sont réunis pour une discussion interdisciplinaire.

Il ressort de leur échange que Monsieur M. _____ est un assuré de [...], d'origine [...], présentant depuis 2003 des troubles psychiques accompagnés de multiples plaintes somatiques dans le contexte d'une surcharge professionnelle. Il a travaillé comme aide de cuisine à P. _____ durant quinze ans. Suite à de nouvelles conditions de travail plus difficiles, il a vu ses plaintes anciennes de céphalées et d'anxiété s'aggraver progressivement depuis 2003, jusqu'à son licenciement en septembre 2006.

Toutes les investigations somatiques pratiquées à ce jour, notamment cardiologiques, neurologiques et gastro-entérologiques n'ont pas permis d'expliquer l'ensemble des plaintes somatiques multiples de l'intéressé, puisque seules une antrite et une bulbite érosives ont pu être objectivées. D'un point de vue psychiatrique, l'exploré a vécu des moments difficiles durant son enfance puisqu'il a été victime de maltraitements physiques de la part de son père, qui avait un problème d'alcool. Le décès de sa mère en 1997 et la naissance de son fils trisomique suite à une interruption volontaire de grossesse ont également été des événements pénibles à vivre. La maladie de son fils aîné, trisomique, est une grande source de culpabilité pour l'investigué et un facteur de stress psychosocial. De plus, l'intéressé n'a pas pu bénéficier du soutien de sa famille comme le veut la tradition dans sa culture d'origine, ce qui transparait inconsciemment dans son mal-être. Enfin, le culte qu'il continue à vouer à la mémoire de sa mère défunte relève d'un deuil pathologique comme l'avait déjà mentionné le Docteur R. _____ en juin 2006, lorsqu'il a évoqué le diagnostic d'épisode dépressif avec syndrome somatique lié à un deuil pathologique.

D'un point de vue somatique, les plaintes anamnestiques de l'assuré sont multiples, mais vagues et non spécifiques. L'examen clinique est normal et ne met en évidence aucun signe permettant d'évoquer une atteinte cardio-vasculaire, respiratoire, digestive, neurologique ou locomotrice, à l'exception d'une antrite et d'une bulbite érosives traitées. L'examen relève toutefois un certain ralentissement avec hypomimie, associé à un affect légèrement émoussé témoignant éventuellement d'une imprégnation neuroleptique. Dans ce contexte et compte tenu des résultats des investigations précédentes, aucun examen complémentaire n'a été nécessaire. Sur le plan somatique, il n'existe donc aucune explication aux plaintes de l'expertisé.

Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique ne retrouve pas de pathologie psychiatrique invalidante puisque l'investigué souffre uniquement d'une dysthymie, en l'absence de tout critère majeur pour un épisode dépressif majeur. Ce diagnostic a déjà été évoqué par le Docteur R. _____ en janvier 2007. Toutefois, il s'agit d'une symptomatologie dépressive et d'angoisses sans symptôme

somatique, signalant la présence d'une surcharge psychogène, au vu de la présentation atypique peu convaincante et contradictoire. L'investigué cherche à obtenir des bénéfices secondaires sous la forme d'une rente et à trouver une solution à un déconditionnement installé de longue date. Les bénéfices primaires ont été évoqués par l'examiné, qui confie être très aidé par son entourage, alors que le bénéfice secondaire serait l'octroi de prestations. De plus, il existe une présentation atypique de ces troubles de l'humeur, également compatible avec une surcharge psychogène.

Bien que les réponses de l'intéressé soient déterminées en grande partie par la nature des questions qui lui sont posées, ses doléances d'apparence hypocondriaque sont probablement des séquelles d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. En effet, dans un tel diagnostic, les contenus hypocondriaques (critère D) correspondent au diagnostic d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3). Rappelons que l'assuré reçoit actuellement un traitement antidépresseur et neuroleptique qui a pour effet d'améliorer la symptomatologie dépressive. Les plaintes hypocondriaques ne sont pas venues spontanément, puisque l'expert a dû poser plusieurs fois la question à l'intéressé. Ce dernier s'inspire de son vécu, dont il garde certains souvenirs, afin de maintenir des plaintes dans le but d'obtenir des bénéfices secondaires sous la forme d'une rente. Cette appréciation de l'évolution favorable d'un état dépressif est renforcée par les observations du Docteur R._____, qui évoquait en juin 2006 la présence d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique ayant évolué, en janvier 2007, en trouble dysthymique.

En conclusion, les experts s'accordent sur l'absence de toute pathologie invalidante. L'assuré souffre simplement d'une antrite et d'une bulbite érosives traitées, et d'un trouble dysthymique avec phénomène d'amplification subjective dans le but d'obtenir des prestations sous la forme d'une rente. Dans ce contexte, sa capacité de travail et son rendement sont conservés à 100 % dans son dernier emploi d'aide de cuisine ».

g) Sur la base des pièces médicales et en se fondant essentiellement sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique L._____ du 19 février 2008, le Dr X._____, du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a conclu, le 13 mars 2008, qu'il n'existait pas de pathologie invalidante au sens de l'assurance-invalidité et que la capacité de travail exigible de l'assuré était totale.

B. a) Par projet de décision du 28 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif qu'il ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante.

b) Représenté par Me Mary Monnin-Zwahlen, avocate à Yverdon-les-Bains, M._____ s'est opposé à cette décision en relevant

qu'à propos de l'existence d'une éventuelle psychose, les experts reconnaissaient que des symptômes pouvaient ne pas se manifester dès lors qu'il prenait des neuroleptiques; en outre, leur avis selon lequel la symptomatologie dépressive mineure n'était pas d'une sévérité ni d'une durée suffisantes pour répondre aux critères d'un trouble dépressif récurrent léger allait à l'encontre des opinions du médecin généraliste (Dr B._____), des psychiatres traitants (Drs T._____ et H._____) et de celui du Dr R._____. Enfin, il a estimé qu'il n'était pas possible de procéder à une appréciation clinique sur un seul examen tel qu'effectué par les experts de la Clinique L._____ et que l'OAI devait lui organiser un stage d'évaluation pratique afin de déterminer sa capacité de travail.

c) Le 7 novembre 2008, le SMR s'est déterminé comme suit sur les questions de l'OAI concernant les arguments de l'avocate de l'assuré :

- « • **En page 2, concernant sa remarque relative à la page 11 de l'expertise, pouvons-nous considérer que si une psychose existait, elle aurait été diagnostiquée par les médecins traitants ?** Il suffit de rappeler que ni le Dr B._____ (médecin traitant), ni les Drs T._____ et H._____ (psychiatres Unité de Psychiatrie O._____), ni le Dr R._____ (expert psychiatre), ni encore le Dr Q._____ (expert psychiatre) n'ont décelé de symptôme de la lignée psychotique. Au surplus, la remarque de Me Monnin-Zwahlen n'est simplement pas pertinente. A supposer même que l'assuré souffre d'une psychose, mais que celle-ci ne se manifeste pas grâce au traitement, il n'en résulterait aucune incapacité de travail. Ce n'est pas le diagnostic qui est invalidant, mais bien les limitations fonctionnelles objectives qui en découlent.
- **Concernant l'aspect de la dépression, pourriez-vous svp nous aider à motiver notre réponse à l'avocat ?** D'après les deux experts, l'assuré ne présente pas une "dépression" mais une dysthymie. D'après la CIM-10, il s'agit d'une période d'au moins deux années de dépression constante ou constamment récurrente avec des périodes intermédiaires d'humeur normale durant rarement plus de quelques semaines. Aucun des épisodes isolés de dépression n'est d'une durée ou d'une sévérité suffisante pour répondre aux critères d'un trouble dépressif récurrent léger. Cette définition n'est pas celle de l'expert, mais bien celle que reconnaît la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). Il est acquis qu'une dysthymie, n'est par définition pas incapacitante. C'est précisément la raison pour laquelle nous nous sommes écartés de l'appréciation du Dr R._____.

- **Pour revenir au point précédent, la prise de médicament aurait-elle pu influencer la perception de l'expert ?** Oui, l'expert le dit lui-même. Mais ceci n'a aucun impact sur la capacité de travail qui dépend, je le répète, des limitations fonctionnelles observées.

Au surplus, il convient de dire, à l'intention de Me Monnin-Zwahlen, qu'il est d'usage qu'une expertise se fasse en une seule consultation. L'expertise de la clinique L._____ est médicalement probante. Nous n'avons pas de raison de nous écarter de ses conclusions ».

d) Par décision du 11 décembre 2008, de même teneur que le projet de décision du 28 mai 2008, l'OAI a confirmé le rejet du droit aux prestations. La décision était accompagnée de l'avis médical du SMR du 7 novembre 2008, ainsi que d'une lettre explicative considérant que l'expertise de la Clinique L._____ avait pleine valeur probante, que l'avis de l'expert devait être préféré à celui des médecins traitants et que dans la mesure où seuls les médecins pouvaient déterminer la capacité de travail exigible, le stage d'évaluation pratique demandé par l'assuré dans cette optique était inutile.

C. **a)** Toujours par l'intermédiaire de son avocate, M._____ a recouru contre la décision du 11 décembre 2008 par acte du 2 février 2009, en concluant à sa réforme dans le sens de la reconnaissance du droit à une rente entière d'invalidité ou subsidiairement du droit à toutes autres prestations prévues par la loi. A titre de mesure préliminaire, le recourant a demandé à ce que les psychiatres traitants de l'Unité de Psychiatrie O._____ soient invités à remettre au tribunal un rapport contenant les résultats d'une nouvelle évaluation en cours. A l'appui de son recours, il a soutenu que le rapport d'expertise du 19 février 2008 de la Clinique L._____ n'était pas neutre. En effet, même si son atteinte à la santé psychique ne lui permettait pas de travailler d'une manière suivie, régulière et intensive, cela ne voulait pas dire qu'il était incapable d'aider son épouse à faire le ménage et à préparer les repas, activités auxquelles il participait par ailleurs déjà bien avant l'apparition de ses troubles de santé. En outre, l'affirmation selon laquelle il souffrirait d'un « trouble dysthymique avec phénomène d'amplification subjective dans le but d'obtenir des prestations sous la forme d'une rente » était injurieuse et contraire à la réalité telle que constatée par les médecins traitants qui le

suivaient depuis plusieurs années; ainsi, l'expert psychiatre ne l'avait rencontré qu'à une seule reprise pour en déduire qu'il ne présentait pas de caractéristiques de la lignée psychotique, alors que son psychiatre traitant lui prescrivait un neuroleptique. Quant au Dr R._____, il avait pronostiqué une évolution défavorable vers l'invalidation en raison d'un état de régression et de dépressivité chronique et voyait difficilement comment il pourrait reprendre une activité professionnelle. Enfin, le recourant a reproché à l'administration d'avoir refusé la mise en œuvre d'un stage d'évaluation pratique de sa capacité de travail qui aurait pu conduire à une éventuelle mesure de réadaptation.

b) Dans un rapport médical de l'Unité de Psychiatrie O. _____ du 29 avril 2009, le Dr H. _____ et Mme K. _____, psychologue associée, ont diagnostiqué un trouble schizotypique (F21) et un trouble hypocondriaque (F45.2). Ils ont discuté le cas comme suit :

« Constatations objectives :

M. M. _____ est un homme de [...], qui fait son âge, à la tenue et à l'hygiène correctes, qui maîtrise bien le français. Il est calme, collaborant, bien orienté aux 4 modes. Nous constatons d'emblée un ralentissement psycho-moteur modéré, une hypomimie, une apathie et des moments de perplexité. Les affects sont émoussés mais parfois on peut constater une tristesse importante et des pleurs, surtout lorsqu'il parle de la maladie de son fils trisomique. On note une anxiété flottante d'intensité variable, ainsi que des ruminations anxieuses liées à la maladie et à la mort. Interrogé, le patient décrit des troubles de la concentration et de l'attention, et nous dit qu'il a besoin de lire plusieurs fois un texte simple pour pouvoir le comprendre. Le discours est marqué par des troubles du cours de la pensée, comme des réponses à côté et des relâchements des associations, ainsi que des moments de perplexité. Le contenu est visiblement centré sur la peur d'une maladie grave et de mourir; il interprète chaque symptôme somatique comme la marque d'une affection incurable, rumine beaucoup à ce sujet et est difficile à rassurer, même lorsque son médecin généraliste lui montre des résultats d'examens normaux. Si on investigate ce qu'il pense au sujet de l'origine de ses troubles, M. M. _____ dit penser être ensorcelé par quelqu'un de sa famille - "une femme méchante". Nous notons un fort sentiment de culpabilité concernant la maladie génétique de son fils aîné, qui serait une punition divine suite à un avortement que son épouse aurait fait auparavant. L'interrogatoire sur les éventuels phénomènes psychoproduitifs révèle plusieurs épisodes d'hallucinations auditives, avec l'impression que quelqu'un frappe à la porte. Il critique ce type de symptomatologie "c'est dans le tête", mais que celui-ci lui donne la sensation d'être fou. Au niveau corporel, il décrit des sensations bizarres : certaines parties de son corps bougent toutes seules et "des choses" bougent à

l'intérieur de son ventre (hallucinations cénesthésiques ?), qu'il lie de nouveau à une éventuelle affection grave. M. M. _____ nie l'existence d'idées suicidaires et dit que la religion ne lui permet pas de penser au suicide. Nous avons constaté une tendance de plus en plus marquée à l'isolement social (...).

Discussion :

Notre évaluation actuelle nous amène au diagnostic susmentionné, qui remplit évidemment les critères CIM10. Le diagnostic de trouble hypocondriaque a déjà été évoqué par plusieurs documents médicaux antérieurs. En ce qui concerne celui de trouble schizotypique, il se base sur l'émoussement affectif marqué, la perplexité, la platitude du discours, la pauvreté du discours, la tendance au retrait social, la discordance idéo-affective et les troubles du cours de la pensée. Le fait de mettre cette symptomatologie en relation avec "une imprégnation neuroleptique" (hypothèse soutenue par l'expertise du 21 février 2008) ne peut pas être prise en compte, car le même tableau a été constaté en juin 2006 et février 2007 par le Dr R. _____, expert désigné par W. _____, alors que le patient ne prenait pas de neuroleptiques (traitement introduit en juin 2007). Les idées magiques et les sensations bizarres, les idées d'allure délirante concernant l'existence d'une maladie grave ou de la sorcellerie confirment ce diagnostic, qui est, d'ailleurs soutenu par les épisodes hallucinatoires décrits par le patient, qui ne sont, néanmoins, pas d'une intensité et d'une fréquence qui justifieraient un diagnostic de schizophrénie paranoïde. Les tests psychologiques ont montré une structure psychotique de la personnalité chez un patient avec peu de moyens cognitifs.

Vu ce qui précède, devant un tableau clinique clairement psychotique, nous certifions pour M. M. _____ une incapacité de travail totale, pour une durée indéterminée. A notre avis, une réévaluation de son droit à l'AI s'impose ».

c) Dans sa réponse du 12 mai 2009, l'OAI a exposé que la majorité des médecins consultés s'accordaient à dire que le recourant ne présentait ni atteinte somatique ni atteinte psychiatrique et que sa capacité de travail était entière dans toute activité professionnelle. Ainsi, dans la mesure où l'intéressé ne présentait pas de limitations fonctionnelles, il n'y avait aucune raison de mettre sur pied un stage d'observation professionnelle et d'entrer en matière sur des mesures d'ordre professionnel. Par ailleurs, les divers facteurs psycho-sociaux présentés (maux de tête suite à des problèmes professionnels, culpabilisation d'avoir eu un enfant trisomique et deuil pathologique de la mère) n'étaient pas des maladies susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'assurance-invalidité. L'OAI proposait dès lors le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le 9 juin 2009, l'OAI a complété sa réponse en produisant un avis médical du 25 mai 2009 du Dr J._____, spécialiste FMH au SMR, auquel il se ralliait entièrement. Le Dr J._____ relevait que le rapport de l'Unité de Psychiatrie O._____ du 29 avril 2009 se basait sur une symptomatologie déjà observée dans les différents rapports médicaux et expertises et que le recourant avait été vu en date des 21 juin 2006, 12 et 29 janvier 2007 sans qu'aucune symptomatologie psychotique ne fût trouvée. Il estimait que le point de vue de l'Unité de Psychiatrie O._____ procédait essentiellement d'une appréciation différente d'une symptomatologie qui reposait plutôt sur des pseudo-hallucinations que sur des hallucinations au sens de l'OMS et qui aboutissait à un diagnostic de trouble schizo-typique. Il s'étonnait en outre qu'aucun des psychiatres consultés auparavant n'eût apprécié la lourdeur de cette symptomatologie. Dès lors qu'au surplus, selon une jurisprudence constante, la position de l'expert devait toujours être privilégiée sur celle du médecin-traitant, le SMR ne se voyait pas modifier sa position au regard du nouveau rapport de l'Unité de Psychiatrie O._____.

d) Une expertise psychiatrique judiciaire a été confiée au Dr N._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à [...]. Il résultait de son rapport du 24 décembre 2009 notamment ce qui suit :

« A. QUESTIONS CLINIQUES

(...)

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

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

Vu l'importance des symptômes dépressifs et anxieux, le diagnostic de dépression moyenne à sévère (malgré la médication) paraît assez évident, d'ailleurs les deux experts précédents et les médecins traitants relèvent également ces troubles de l'humeur.

- Dr R._____, spéc. FMH en psychiatrie-psychothérapie à [...] (le 21 juin 2006) :
Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11)
Trouble hypocondriaque (F45.2)
Personnalité anxieuse (F60.6)
- Dr Q._____, spéc. FMH en psychiatrie et psychothérapie à Genève - Clinique L._____ - (21.02.2008) :
Dysthymie (F34.1)

- Dr T._____, spéc. FMH en psychiatrie-psychothérapie, médecin-adjoint de Unité de Psychiatrie O._____, et Dr H._____, méd.-ass. (31.08.2006) :

Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique (F32.11)
Trouble hypocondriaque (F45.2)
Personnalité anxieuse (F60.6)

Je retiendrai les diagnostics :

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel de moyen à sévère sans symptômes psychotiques mais avec syndrome somatique (F33.1-2)
Troubles de la personnalité sans précision (anxieuse, hypocondriaque, modifiée par l'état dépressif récurrent) (F60.8)

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail.
Depuis quand sont-ils présents ?

Tabagisme à 10 cigarettes/j. environ.

5. Appréciation du cas et pronostic.

Tout clinicien connaît des patients dépressifs "résistants" à la médication et qui restent dans un état proche de la léthargie, en tout cas de l'inaction alors même que rien ne semble les distinguer d'autres dépressifs qui, eux, récupèrent même après plusieurs mois. Les cas comme l'expertisé actuel prennent d'autant plus l'aspect de défi qu'on ne saisit pas pourquoi ils ne surgissent pas de leur état, qu'ils sont bordés d'angoisse, de crainte du regard d'autrui et du sentiment de ne plus pouvoir s'en sortir. Tous ne sont pas franchement suicidaires, mais très souvent la mort leur apparaît comme un soulagement; ainsi l'examiné voit la journée comme une montagne impossible à gravir et seule l'arrivée du soir lui offre un certain répit; toute activité, même non professionnelle, devient un obstacle insurmontable ce qui incite à la fuite, le plus souvent chez soi si ce n'est au lit (clinophilie).

Si un état dépressif léger (selon la CIM 10) compromet souvent la présence au travail, un état modéré et proche du sévère (comme chez l'investigué) ne laisse aucun espoir de pouvoir s'attacher à une tâche. Simple figuration de cette difficulté : la toilette du matin, la douche et même la prise du petit déjeuner sollicitent un tel effort que la plupart du temps ces dépressifs renvoient à plus tard voire y renoncent totalement (procrastination très fréquente). Pis, la plupart perçoivent que leur maladie n'est pas comprise par autrui (d'où leur fuite du contact) qui les couvre de recommandations, de tapes sur le dos, de "ça ira" qu'ils prennent comme autant de rejets voire d'hostilité parce qu'au contraire "d'une jambe cassée" (exemple toujours repris) leur affection n'est pas apparente et donc souvent non reconnue.

Ainsi je considère que M._____ est dans l'incapacité totale de réaliser une quelconque activité lucrative et même d'aide au ménage.

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

1.1 Sur le plan physique :

Dorsalgie, maux de tête, troubles cardiaques, impression de froid, phénomènes qui, en soi, ne compromettent que peu les capacités d'être actif mais qui, en fait, sont fortement liés aux troubles psychiques en les traduisant sous cette forme somatique d'où leur aspect peu ou pas objectivable mais dont le résultat, la douleur, est bien réelle.

1.2. Sur le plan psychique et mental :

Le tableau psychopathologique présenté ci-dessus (dépression modérée à sévère, troubles de la personnalité) laisse l'examiné dans l'incapacité totale de toute activité depuis l'été 2006 (licencié le 30.09.2006) alors que les troubles sont apparus dès 2003. A moins d'un revirement très peu probable on doit considérer qu'il souffre d'un état chronique impossible à transformer pour envisager, par exemple, la reprise d'un travail ou le projet d'une réinsertion professionnelle.

1.3. Sur le plan social :

Le retrait social, la clinophilie, les angoisses, les sentiments de nullité, le ralentissement moteur et d'autres symptômes, surtout anxieux, gênent l'expertisé dans ses contacts sociaux voire, parfois, l'empêchent de sortir et même d'accomplir les tâches ménagères.

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

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

La description psychopathologique du trouble montre à l'évidence que l'examiné reste confiné dans un monde presque asocial.

2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail.

Actuellement aucune capacité de travail; l'atteinte est telle que même la vie quotidienne de l'expertisé est perturbée.

2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Non.
(...)

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

Selon les données des médecins traitant, cette incapacité remonte à la fin 2005;

Incapacité de 100 % du 16.12.2005 au 28.02.2006,

50 % du 1.03.2006 au 31.08.2006

100 % dès le 1.09.2006.

Cette incapacité s'est concrétisée par son licenciement le 30.09.06.

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

L'incapacité de 100 % s'est maintenue sans variation.

(...)

C. INFLUENCES SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

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

Non tous les symptômes relevés empêchent de placer cette personne face à une quelconque tâche.

(...)

3.4. Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Même si on envisageait de le placer à un poste en atelier protégé, on devrait s'attendre à un fort absentéisme par quasi impossibilité de se rendre sur place en raison de l'angoisse, de la crainte des autres, de se trouver incapable, nul et ridicule.

REMARQUES ET/OU AUTRES QUESTIONS :

Le tableau actuel montre une personne plongée dans un état dépressif qui peut certes varier d'intensité mais atteint au moins un stade modéré dans les meilleures phases et sévère sinon; comme la plupart des dépressifs "chroniques" elle apparaît "débranchée" de l'énergie nécessaire à la vie quotidienne. Pour le clinicien cet ensemble ne recouvre pas entièrement celui qui se révèle chez un dépressif à l'état aigu aux teintes plus voyantes, plus apparentes, alors que chez les chroniques on trouve la désinsertion, l'atonie, la "pesanteur", l'angoisse diffuse et s'accroissant à la moindre alerte (téléphone qui sonne, petite démarche à réaliser, réception d'une lettre même très banale, regard d'autrui, choix du vêtement le matin etc.); cet ensemble prend la forme d'un chiffon amorphe, gris et délavé.

En outre, malgré une prise en charge adéquate avec une médication plutôt lourde mais adaptée, on découvre encore des symptômes marquant d'état dépressif et anxieux ce qui rend impossible la perspective de passer par un traitement pour améliorer la situation.

Les tendances hypocondriaques, relevées plusieurs fois, incitent-elles l'examiné à aggraver ses plaintes voire à les exagérer? Possible évidemment, mais peu probable car, encore une fois, dans la pratique clinique de tels tableaux se présentent. On voit la personne si atterrée par ce qu'elle ressent qu'elle s'imagine aisément souffrir d'un mal logé dans la tête, dans le coeur, dans les pieds... enfin n'importe où mais qui devrait expliquer un tant soit peu ce malaise presque abyssal mais si inexplicable en fait pour la personne elle-même que cette impossibilité d'en comprendre l'origine renforce encore plus le désarroi et la souffrance elle-même. Et comme la réponse ne vient pas, l'angoisse augmente d'autant... et la recherche d'une réponse redémarre. Ce cercle vicieux peut évidemment exacerber l'entourage, médecins compris, puisque le malade continue de se plaindre et demande encore plus d'être rassuré par une réponse "somatique" alors que rien n'est objectivable hormis le tableau dépressif dont, justement, ces plaintes font partie ».

e) Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise du 24 décembre 2009, le recourant a indiqué, le 27 janvier 2010, qu'il se ralliait aux conclusions de l'expert et n'avait pas d'observation particulière à formuler.

Egalement invité à se déterminer sur le rapport d'expertise du Dr N._____, l'OAI a estimé, le 27 janvier 2010, que celui-ci ne pouvait être considéré comme probant dans la mesure où les points litigieux n'avaient pas fait l'objet d'une étude fouillée, que l'expertise n'avait pas été établie en pleine connaissance du dossier et que les conclusions concernant les diagnostics n'étaient pas expliquées par les éléments objectifs du status psychiatrique. L'office confirmait ses conclusions et produisait un avis du SMR du Dr J._____ du 26 janvier 2010 auquel il se ralliait et dont la teneur était la suivante :

« Dans le cadre de l'instruction du recours déposé par l'assuré, une expertise psychiatrique a été ordonnée par le juge instructeur auprès du Dr N._____. Cette expertise psychiatrique nous est bien parvenue et a retenu toute notre attention.

La lecture de cette expertise se fera au regard des exigences juridiques permettant d'envisager la valeur probante d'une expertise (ATF 125 V 351; VSI 2/2001 PP106SS; ATF I 228/04 du 04.07.07) à savoir :

1. L'étude fouillée des points litigieux importants

Nous relevons que les différentes pièces médicales colligées au dossier ne sont pas toutes retransmises, en effet :

- le Dr R._____, spéc. FMH en psychiatrie à [...], a commis deux expertises pour le compte de l'assurance perte de gain,
 - une première en date du 21.06.06 retenant comme diagnostic, selon l'ICD 10 (OMS 1992) épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique F 32.11, trouble hypochondriaque F 45.2, personnalité anxieuse F 60.6
 - puis une seconde expertise en date du 29.01.07 retenant alors comme diagnostic selon l'ICD 10 (OMS 1992) dysthymie F 34.1, trouble hypochondriaque F 45.2 qui n'est pas mentionné par l'expert N._____
- Le dossier comprend en outre une expertise du Dr Q._____, spéc. FMH psychiatrie-psychothérapie à [...], Clinique L._____ en date du 21.02.08 reprenant le diagnostic de dysthymie F 34.1 dont il précise qu'il avait d'ailleurs déjà été posé par le Dr R._____ en janvier 2007.

- Si l'expert N. _____ mentionne le rapport médical de Unité de Psychiatrie O. _____ en date du 31.08.06 retenant comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, épisode dépressif moyen avec syndrome somatique F 32.11, trouble hypochondriaque F 45.2, personnalité anxieuse F 60.6,
 - o l'expertise du Dr N. _____ est, par contre, blanche quant au courrier adressé par Unité de Psychiatrie O. _____ sous la signature du Dr H. _____ et Madame K. _____ en date du 29.04.09 et envisageant un diagnostic de trouble schizotypique F 21, trouble hypochondriaque F 45.2 qui est un élément du recours puisque ce courrier est adressé à l'avocat de l'assuré. Il sera répondu à ce courrier par un avis médical SMR en date du 25.05.09 dont l'expert N. _____ ne fait pas état non plus.
- Il semble donc que les différents points litigieux du dossier n'ont pas été envisagés, tout particulièrement le courrier du médecin traitant de l'assuré servant de base au recours diligenté par l'avocat de l'assuré.

2. la pleine connaissance du dossier médical ne semble pas un point acquis à la lecture de l'expertise du Dr N. _____ étant donné les différents manquements cités plus haut.

3. l'appréciation de la situation médicale claire et exhaustive, inscrire comme étude fouillée ou pleine connaissance du dossier médical

Pour ce chapitre nous relevons que l'expert N. _____ retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel de moyen à sévère sans symptôme psychotique mais avec symptôme somatique F 33.1-2, trouble de la personnalité sans précision (anxieuse, hypochondriaque, modifiée par l'état dépressif récurrent) F 60.8.

Cependant, nous voudrions faire observer que :

- Dans le chapitre appréciation du cas et pronostic, l'expert N. _____ n'élabore aucunement ce diagnostic de trouble dépressif récurrent. Nous rappellerons que selon la CIM-10, ce diagnostic prévaut lorsqu'un premier épisode dépressif documenté traité et résolutif existe dans l'anamnèse de l'assuré et qu'un second épisode dépressif traité et documenté est retrouvé. Ce diagnostic supposerait que l'expert ait pu envisager soit une aggravation en précisant la date et l'intensité, soit date précisément la survenue du second épisode dépressif mais malheureusement nous n'avons aucune de ces deux précisions. Ce manque de précision, d'après la CIM-10, ne permet pas de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent.
- Dans ce même chapitre d'appréciation du cas, l'expert N. _____ n'envisage pas le courrier des médecins traitants à l'adresse de l'avocat de l'assuré en date du 29.04.09,

évoquant un trouble schizo-typique F 21 et un trouble hypochondriaque F 45.2.

- Il n'envisage pas non plus l'avis médical SMR en date du 25.05.09.
- Enfin, il est à noter, de plus, que le diagnostic retenu de trouble de personnalité sans précision (anxieuse, hypochondriaque modifiée par l'état dépressif récurrent) F 60.8 n'est pas explicité dans le chapitre appréciation du cas.

Dans ces conditions, nous ne pouvons considérer les conclusions comme étant bien motivées, précises et convaincantes.

En conclusion, les éléments que nous avons développés plus haut, nous amènent à reconsidérer l'aspect probant de l'expertise du Dr N._____ en date du 24.12.09 et nous n'avons pas d'élément médical particulier qui pourrait nous amener à modifier l'appréciation du SMR ultérieurement à notre avis médical du 25.05.09 ».

f) Le 4 février 2010, le juge instructeur a informé les parties qu'il lui apparaissait nécessaire de demander à l'expert N._____ de se déterminer sur l'avis médical SMR du 26 janvier 2010 et leur a demandé de lui faire part des questions qu'elles souhaiteraient lui poser.

Les 19 et 25 février 2010, les parties ont estimé utile que l'expert se détermine sur les différents points soulevés par le Dr J._____ dans son rapport SMR du 26 janvier 2010, ce que le juge instructeur a fait par courrier du 5 mars 2010.

g) Dans un rapport complémentaire du 29 mars 2010, l'expert N._____ a maintenu les conclusions de son rapport d'expertise du 24 décembre 2009 et s'est déterminé sur les différents points soulevés dans l'avis médical SMR du 26 janvier 2010 comme suit :

« **Préliminaires**

Pour répondre à votre demande de détermination du 5.03.2010 relatant l'"Avis médical/Recours" du SMR Suisse Romande (26.01.2010) concernant :

- l'étude des points litigieux,
- la connaissance des éléments du dossier,
- le lien entre les éléments objectifs du status et les diagnostics posés,

je cite d'abord, dans l'ordre chronologique, la liste des rapports d'expertise et d'appréciation dont je dispose et que j'ai étudiés :

- Dr R. _____ du 21.06.06 à l'intention du médecin-conseil de W. _____,
- Dr R. _____ du 29.01.07 avec le même destinataire,
- Dr Q. _____ du 21.02.08 à l'intention de l'Office AI,
- l'avis des Drs G. _____ et J. _____ du SMR Suisse Romande du 25.05.09 (pour appréhender une pièce médicale de l'Unité de Psychiatrie O. _____ en date du 29.04.2009 parvenue dans le cadre de ce recours),
- mon rapport du 24.12.2009,
- l'avis du SMR Suisse Romande (mêmes médecins) sur mon expertise, du 20.01.2010 (recte : 26.01.2010);
- à ces écrits j'ajoute l'entretien téléphonique du 26.11.2009, que j'ai eu avec Mme K. _____ de l'Unité de Psychiatrie O. _____ qui suit l'examiné.

O. Liminaires

En premier lieu je présente les remarques suivantes.

0.1. A part le rapport du 29.04.2009 du Dr H. _____ et de Mme K. _____, tous les experts mentionnent des troubles de l'humeur (allant de la dysthymie - atteinte faible - à un épisode dépressif moyen).

0.2. On retrouve également des troubles hypocondriaques dans les rapports des Drs R. _____, spéc. FMH psychiatrie-psychothérapie (21.06.06 et 29.01.07) et H. _____, Chef de Clinique adjoint et Mme K. _____, psychologue associé (29.04.2009),

0.3. et des troubles de la personnalité dans tous sauf le Dr Q. _____, spéc. FMH en psychiatrie-psychothérapie (Clinique L. _____, 21.02.2008).

0.4. A ce dernier sujet on peut souligner dès l'abord que les troubles de la personnalité recouvrent des tableaux cliniques divers incluant parfois une vaste liste d'éléments et, en tout cas, difficiles à percevoir surtout si d'autres troubles psychiques (par ex. : état dépressif, angoisse, troubles des comportements, psychoses) les voilent par une présence plus manifeste.

0.5. Même si la pose d'un diagnostic se fondant sur des appréciations cliniques (signes, symptômes, autres examens) ne détaille pas tous les arguments face aux autres praticiens, on peut assez aisément les retrouver en reprenant les descriptions du status. Dans notre cas il ne s'agit parfois que d'une divergence dans l'intensité des troubles (par ex. : dysthymie pour le Dr Q. _____ - versus troubles dépressifs moyens à sévères pour le Dr R. _____ du 21.06.06 et pour moi-même; même celui de "Trouble schizotypique" posé par le Dr H. _____ et Mme K. _____ ne fait pas exception ainsi que nous le verrons plus bas; en effet ce "trouble" était considéré autrefois par la CIM 10 comme faisant partie de ceux de la personnalité comme le maintient encore actuellement le DSM IV, d'autres fois la différence s'accroît (par ex. : pas de troubles de la personnalité ni d'hypocondrie pour le Dr Q. _____ - versus leur présence décelée par les Drs R. _____ et H. _____ avec Mme K. _____); en revanche je n'ai pas repéré de diagnostics totalement opposés.

0.6. Même si je n'ai pas toujours cité les rapports d'expertises précédents, l'ensemble de mes appréciations cliniques et expertales se fondent sur tout le dossier que vous m'avez transmis et sur le rapport du Dr H. _____ et de Mme K. _____, psychologue. Comme mentionné, j'ai également fait appel à des confrères (Drs C. _____, spéc. FMH en rhumatologie et S. _____ spéc. FMH en neurologie) pour l'appréciation du status somatique général, rhumatologique (pas de trouble repéré) et neurologique (probables migraines et maux tensionnels).

0.7. En médecine psychiatrique plus encore que dans les autres spécialités, nous abordons avant tout des personnes dans leur souffrance; sans doute les diagnostics gardent toute leur valeur, mais surtout dans le domaine de l'échange d'information et des classifications et moins dans celui du traitement même psychopharmacologique. Ainsi quel praticien n'a pas tenté de traiter des angoisses avec des antidépresseurs et même des neuroleptiques ? Actuellement certains experts dans l'abord de la dépression comptent plus sur les neuroleptiques nouveaux (rispéridone par ex.) que sur les antidépresseurs. Et dans le domaine des troubles de la personnalité aucune ligne même vague ne se dessine vraiment. Même pour les borderlines, parmi les plus étudiés, différentes approches ont été proposées sans réussir à préciser clairement les points d'entente et de désaccord. D'une certaine façon il faut en même temps oser et poser des diagnostics et les relativiser (en négligeant le premier terme on risque d'errer et même de commettre des erreurs graves mais en se bloquant sur un diagnostic sans souplesse on aboutit à ne traiter que le papier et non le patient) :

En ce sens dans la situation de M. _____ les relativisations, d'ordre psychologique, suivantes doivent être relevées :

- Divers troubles psychiques se superposant (aspects dépressif, anxieux, perturbation de la personnalité),
- Médication assez importante (antidépresseur, anxiolytique, neuroleptique),
- Événements personnels perturbants (père violent et alcoolique, mère décédée de cancer, IVG de l'épouse, fils trisomique, épouse peut-être psychotique),
- Différence de milieu culturel (on connaît l'expression hypocondriaque de la dépression chez certains peuples),
- Absence de retard mental mais capacités intellectuelles peu stimulées et ralenties,
- Obstacle, partiel, de la langue surtout dans l'expression des émotions d'où la tendance à passer par le corps.

1. "L'étude fouillée des point litigieux importants"

1.1. Il est vrai que je n'ai pas directement cité la 2^{ème} expertise du Dr R. _____ (29.01.07), non par négligence ou, pire, par "soustraction", mais parce que les mêmes diagnostics étaient aussi retenus par celles des Dr Q. _____ (dysthymie) et Dr H. _____ et Mme K. _____ (trouble hypocondriaque). Et, en fait, la deuxième expertise du Dr R. _____ m'étonne puisqu'à 6 mois de différence (21.06.06 et 29.01.07), il ne retient plus le diagnostic de troubles de la personnalité anxieuse (F60.6). Or selon les "directives pour le diagnostic" de la CIM 10 (cf. photocopie pp. 181-2) "le mode de comportement anormal est durable, persistant... profondément enraciné". Donc si ce trouble existait au milieu de 2006, on ne s'explique pas sa disparition six mois après.

Pour discuter des relations entre les diagnostics retenus en 2007 (Dysthymie F34.1, Troubles hypocondriaques F45.2) et les éléments du status rapportés dans son exposition, je cite le Dr R. _____ (29.01.07) à la p. 4. :

"C'est la symptomatologie d'inhibition et de ralentissement qui domine : manque d'énergie, perte de plaisir, aboulie, indécision, voire même une forme de perplexité.

Il n'y a pas d'idéation suicidaire.

L'échelle de dépression de Hamilton, cote à 22, ce qui indiquerait la présence d'un état dépressif d'intensité modérée (18-25).

L'anxiété est particulièrement présente indissociable des préoccupations hypocondriaques.

Mr M. _____ reste préoccupé par l'idée de la présence de troubles somatiques graves; il est focalisé sur les manifestations corporelles et en interprète l'origine de manière catastrophiste.

Son comportement et son mode de vie est complètement sous l'emprise de sa problématique de santé, devenue une préoccupation obsessionnelle. Le reste étant pauvre...

L'échelle d'anxiété de Hamilton cote à 31, ce qui indiquerait la présence d'une anxiété sévère.

(p. 5.) Le trouble hypocondriaque est à l'origine d'un processus d'invalidation déjà avancé avec un patient régressé, fonctionnant sur un mode pauvre.

De l'autre tout suivi médical semble actuellement renforcer l'expertisé dans l'idée de la gravité de son état.

Mr M. _____ se trouve en incapacité totale depuis 5 mois et au vu de son fonctionnement actuel, on voit effectivement mal comment lui faire reprendre une activité professionnelle.

(p. 6.) Il semble que la prévision faite lors de ma précédente expertise se réalise et que pour tenter une dernière fois de remobiliser Mr M. _____, un thérapeute seul paraît insuffisant..."

J'avoue mon étonnement de voir le diagnostic, du 21.06.06, de "Episode dépressif moyen, avec syndrome somatique F32.11" relégué au profit de "Dysthymie" en 2007 alors que non seulement le tableau clinique exposé recouvre pratiquement le premier et montre une péjoration, mais aussi que les scores dans les échelles de Hamilton restent les mêmes à 2-3 points prêts : la Dépression en 2006 est à 24 et en 2007 à 22 (les deux signent un état dépressif moyen) et l'Anxiété à 28 en 2006 pour passer à 31 en 2007.

1.2. Le Dr Q. _____ ne retient donc que le diagnostic de dysthymie et pas de trouble de la personnalité.

1.2.1.1. Le repérage des troubles de l'humeur paraît restreint; ce praticien obtient un score de 7 au Hamilton de la Dépression au contraire du Dr R. _____ (24) et de moi-même (24 ou 32) et 8 au Hamilton de l'Angoisse alors que le Dr R. _____ arrive à 14 et moi 18 ou 25.

(...)

1.2.1.2. Si d'un côté le Dr Q. _____ mentionne des maux de tête (p. 9, 1^{er} et 5^{ème} §) et que "les activités nécessitant de la concentration sont limitées" (p. 4^{ème} §), il n'investigue pas plus ces troubles possiblement migraineux; en même temps il relève que "l'expertisé n'a pas fait état de baisse de l'attention ou de la concentration" (dans le même §) et "il n'utilise qu'occasionnellement son permis de conduire" (même §). Cet expert laisse-t-il paraître une contradiction ou un manque de persévérance dans la recherche des troubles ? En tout cas il n'investigue pas plus avant ces maux de tête alors que le Dr S. _____ suspecte bien des migraines et des douleurs tensionnelles. (Concernant la conduite d'un véhicule je note que lorsque l'examiné est venu à mon cabinet puis à celui des Drs C. _____ et S. _____, il a dû faire appel à un membre de sa famille pour l'y conduire).

1.2.1.3. Le Dr Q. _____ mentionne (p. 10, examen psychiatrique, 1^{er} § et même plus haut, status neurologique) : "L'expertisé a une voix monocorde et lente, une amimie et une rigidité, qui ont d'ailleurs également été constatées par le médecin somaticien". Il ne pousse pas plus loin ses recherches or on sait que certains malades psychiques et surtout les dépressifs ne mentionnent pas spontanément certains troubles, qu'il faut donc les chercher activement. L'expert psychiatre arrive à un score de 7 au Hamilton de la Dépression, donc il trouve au moins quelques troubles et en même temps (p. 9, 1^{er} §) il écrit "il n'a pas fait état de plaintes psychiatriques spécifiques". De mes investigations (rapport du 24.12.09, p. 5, 3^{ème} §) je relève des éléments de troubles de l'humeur : "clinophilie, anhédonie, adynamie, aboulie, asthénie, ralentissement psychomoteur, légers troubles de l'attention et de la concentration, perturbation du sommeil, sentiment d'aller mieux vers le soir" ainsi que "baisse prononcée de la libido, désintérêt, fuite du contact social, refuge chez lui dans son lit et dans les habitudes quotidiennes inchangées". Cet ensemble signe un état dépressif moyen à sévère et non seulement une "dysthymie". En clinique l'évocation d'une amélioration vers le soir parle assez nettement pour une dépression au moins moyenne alors que la fatigue du soir signe plutôt un épuisement qui, sans doute, peut aboutir à un état dépressif mais sous une forme différente. A la question : "A quel moment de la journée votre douleur est plus forte ?", le déprimé souffrant intensément répondra : "Le matin dès que j'ouvre un oeil, je vois toute cette journée à passer. C'est l'horreur ! Alors je reste au lit; le soir c'est un peu moins dur". Ainsi par ses réponses M. _____ se situe dans ce type de patients.

1.2.2. En fin de p. 11, l'examen du Dr Q. _____ se termine par l'examen de la personnalité : "De longue date, l'assuré ne présente pas de conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle majeure lors de situations personnelles et sociales très variées compatible avec la présence de troubles de la personnalité au sens de l'OMS". En

regard de cette appréciation on peut citer les § 3 et 4 de sa page 9 : en résumé tout se passe dans le cercle restreint de la famille sur un mode de fonctionnement plutôt rigide ce qu'avait déjà relevé le Dr R. _____ (21.06.06). Alors contradiction interne de cet expert ? Sans compter que le Dr Q. _____ passe rapidement sur les plaintes à teinte hypocondriaque de l'expertisé : préoccupation d'être atteint d'un même mal que sa mère, maux de tête, "fourmis dans les jambes", nombreuses sollicitations de son médecin généraliste.

1.2.3. La phrase : "Notons que l'examen des facultés neurocognitives va à l'encontre d'une clinique de dépression" me laisse doublement perplexe. L'auteur se réfère-t-il à un abord cognitivo-comportementaliste ? Alors même que je suis au bénéfice d'une formation de deux ans auprès du Dr [...], je n'ai jamais rencontré une telle formulation pour un état dépressif. Se place-t-il au niveau des neurosciences ? de la radio-imagerie médicale ? Là je ne pourrais le suivre; mais de toute manière la dépression ne se résume pas, par exemple, à des schémas centraux négatifs du type : "Je suis nul, je vauds rien" et même, pour les délires mélancoliques : "Je suis le démon, tout le mal du monde vient de moi". En effet en relation avec les aspects cognitifs on remarque des côtés affectifs (la tristesse bien singulière du dépressif fait partie du domaine affectif de même que l'angoisse) et comportementaux (retrait social, clinophilie, négligence sur soi). Or l'exploré souffre de troubles à ces divers niveaux; cognitif avec sa culpabilité et son sentiment d'être puni pour l'IVG, affectif avec sa tristesse, ses angoisses et même son agressivité (colère), comportemental avec un univers confiné à la famille et à une certaine clinophilie. Relevons que sur le plan cognitif, sa croyance religieuse l'aide à ne pas envisager le suicide, néanmoins il trouve que la vie qu'il mène actuellement ne vaut pas la peine d'être vécue. En outre pourrait-on découvrir une contradiction entre l'aveu d'une quasi disparition de sa libido et la naissance récente de sa fille ? En réalité il n'éprouve aucune envie sexuelle, mais entretient de rares relations avec son épouse pour satisfaire sa demande.

1.3. Il est vrai que je n'ai pas directement mentionné le rapport du Dr H. _____ et de Mme K. _____ du 29.04.09 néanmoins j'en ai tenu compte dans mes appréciations et mes diagnostics.

1.3.0. D'ailleurs j'ai pris contact avec ce Secteur de traitement (entretien téléphonique du 26.11.09, p. 7 2^{ème} §) pour obtenir des renseignements concernant l'état de santé et l'évolution de M. _____, mais je ne voulais guère insister pour préserver la relation thérapeutique surtout chez une personnalité anxieuse et même superstitieuse comme l'expertisé. Il en ressort que M. _____ est très ponctuel et régulier aux rendez-vous (1 fois par mois ou à quinzaine), très angoissé, par moment un peu stabilisé mais plutôt figé, se sentant menacé, présentant des préoccupations importantes sur sa santé avec de nombreuses sollicitations de son médecin généraliste au point que peu après une consultation il lui arrive d'en demander une nouvelle pour bien confirmer que sur le plan somatique, il ne souffre d'aucune atteinte.

1.3.1.1. Dans mon rapport du 24.12.09 j'avais adopté une position plutôt distante par rapport aux expertises précédentes, évitant de me placer en surexpert et visant plutôt à examiner

M._____ pour répondre aux questions posées. Maintenant puisqu'on me demande de me déterminer au sujet des remarques émises par les Drs G._____ et J._____, je me permets de critiquer plus directement les rapports antérieurs comme vous avez pu le lire dans mes lignes précédentes.

1.3.1.2. Partant de ce point de vue plus critique je constate que si mes appréciations se distancient de celles du Dr Q._____, en revanche elles recouvrent presque entièrement celles exposées par le Dr H._____ et la Mme K._____, psychologue (rapport du 29.04.09), à part quelques points discutables mais qui ne prennent pas l'allure de divergences. De plus comme mes lignes précédentes le notent, je suis volontiers les signes et symptômes relevés par le Dr R._____, me distançant seulement et partiellement de ses diagnostics comme celui de "dysthymie".

1.3.1.3. Ainsi je souscris aux "Constatations objectives" (p. 2, 1^{er} § du rapport du 29.04.09) qui rejoignent les miennes tout en me posant la question des hallucinations cénesthésiques. A-t-on affaire à des impressions ou à de vraies hallucinations ? En tout cas l'expertisé se plaint de bizarreries dans son corps (picotement et froid dans les jambes, sensation de quelque chose qui bouge dans le ventre) qui évoquent et chez ces praticiens et chez moi au moins le diagnostic de troubles hypocondriaques (F45.2), ce que doit certainement aussi percevoir son médecin généraliste.

1.3.1.4. Malheureusement le 2^{ème} § de ces "Constatations objectives" concernant l'examen psychologique ne précise pas quels moyens techniques ont été utilisés pour arriver : "en conclusion à un registre psychotique.... très peu organisées". Suivant les termes ("angoisses persécutoires voire morcelantes et destructrices..., vellétés infantiles, caractérielles...") je fais l'hypothèse que l'examinatrice psychologue a recouru à des tests projectifs; or ces moyens techniques, parus bien avant les subdivisions de la CIM 10 ou du DSM IV, ont tendance à noircir le tableau. Ainsi le Rorschach et le TAT passés dans une population tout venant vont faire découvrir un nombre important de personnalités pathologiques, en ce sens même le blanc (absence de trouble) se teinte de gris et cette dernière couleur passe vite au noir.

1.3.1.5. Les perceptions cliniques des deux experts, placées en résumé dans le chapitre "Discussion" (p. 3), recouvrent assez largement mes propres découvertes. Tout au plus relèvent-ils des aspects que j'ai perçus peut-être sous un autre angle, mais pas de façon contradictoire. Ainsi plutôt que d'un "émoussement affectif" j'évoquerais une sélection des affects centrés sur le corps et la situation sociale et familiale. "Perplexité" ? Oui, mais là encore par aimantation due à la culpabilité (IVG), à ses craintes sur sa santé (cancer de la mère); dans d'autres secteurs de vie il reste passif, presque hébété, amimique, le regard fixe et un peu vide. "Discordances idéo affectives et troubles du cours de la pensée" : ces aspects ne me sont pas apparus. Il est vrai qu'à moins d'avoir affaire à un psychotique très typé, ces troubles nécessitent souvent un contact plus long avec une personne que ce n'est le cas lors d'un examen habituel. M._____ paraît impliqué dans sa souffrance et quand il l'exprime verbalement, les affects apparaissent habituellement en accord avec ses explications verbales.

1.3.1.6. Les idées magiques d'allure délirante (mauvais sort, punition divine) font partie du vécu de l'investigué. Reste la question plus que délicate de savoir jusqu'où elles sont ou non congruentes à son milieu socio-culturel. Après tout le recours à des guérisseurs, les croyances magiques courent les rues. Donc tout en reconnaissant qu'il frôle en tout cas le délire, je ne peux affirmer qu'il a basculé dans un univers psychotique net.

1.3.1.7. Concernant les tests psychologiques (fin du chap. Discussion), même remarque qu'auparavant (cf. 1.3.1.4.).

1.3.2. Mais alors pourquoi je ne parviens pas aux mêmes diagnostics que ces deux examinateurs ?

1.3.2.1. Pour eux, M. _____ souffre de (selon la CIM 10) :

Troubles schizotypiques (F21)

Troubles hypocondriaques (F45.2).

Et j'ai retenu:

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel de moyen à sévère sans symptômes psychotiques mais avec syndrome somatique (F33.1-2), Troubles de la personnalité sans précision (anxieuse, hypocondriaque, modifiée par l'état dépressif récurrent) (F60.8).

1.3.2.2. Trois remarques préliminaires :

- Dans les deux rapports le terme "hypocondriaque" revient (comme d'ailleurs chez le Dr R._____ du 21.06.06 et 29.01.07),
- Plusieurs symptômes relevés par le Dr H._____ et la psychologue, Mme K._____, regroupés dans leurs deux diagnostics se situent à la frontière entre les diagnostics qu'ils ont posés et ceux d'un état dépressif qui a les propriétés relevées dans leurs "Constatations objectives" (p. 2) : "ralentissement psychomoteur, hypomimie, apathie, tristesse importante par moment et des pleurs, une anxiété flottante, des ruminations anxieuses, troubles de la concentration et de l'attention, préoccupations sur sa santé, sentiment de culpabilité".
- Sous "troubles de la personnalité" on regroupe un certain nombre de perturbations qui selon la CIM 10 (cf. photocopie ci-jointe), mais aussi dans le DSM IV se sont installées pour être fixées vers 18 ans et qui teintent la vie d'une personne sous ses aspects cognitifs, affectifs et comportementaux. C'est la marque d'un individu, ses caractéristiques, ce qui fait dire : "C'est bien lui". Autre image, celle du châssis et de la toile d'un tableau, la musique de fond, la patte d'un écrivain, en fin de compte les constituants fondamentaux d'une personne. Mais on s'imagine bien qu'à moins d'être très typés au point de devenir nettement pathologiques, ces traits fondamentaux sont complexes, multiples et pas toujours faciles à déceler, surtout lorsqu'ils sont voilés par des troubles intercurrents comme une dépression.

1.4. Le tableau clinique tourmenté de M._____ centré sur une image négative de lui-même (culpabilité) et de son corps (hypocondrie) ainsi que sur son insertion sociale actuelle (contact qu'avec les membres de sa famille) se manifeste par des teintes grisâtres, diffuses, floues et se fondant entre elles si bien que la prudence s'impose lorsque on place l'ensemble sous un diagnostic. En ce sens je comprends l'appréciation du Dr H._____ et de la psychologue qui ont retenu, à côté des troubles hypocondriaques, le diagnostic de "trouble schizotypique" même si j'émetts quelques réserves consistant surtout dans le fait que ce diagnostic ne comporte pas, du moins directement, les aspects dépressifs que j'ai perçus tout comme eux d'ailleurs dans leur description ainsi que tous les autres experts mais avec une intensité variable (de dysthymie, la plus faible, à trouble dépressif moyen à sévère).

1.5. Trois aspects théoriques attirent notre attention tant ils peuvent, au moins partiellement, expliquer de légères divergences dans les diagnostics.

1.5.1. Comme le mettent en évidence, en annexe, les photocopies de la CIM 10 concernant les troubles de la personnalité, ceux-ci "apparaissent dans l'enfance et l'adolescence... et se poursuivent à l'âge adulte". Or que savons-nous de l'état psychologique de l'expertisé antérieur aux troubles dépressifs diagnostiqués dans tous les rapports dès 2003 ? Peu de chose sinon qu'il avait pu exercer une activité sans trop d'encombres durant plusieurs années, qu'il a fondé une famille avec deux enfants (actuellement trois), qu'il n'a pas présenté de décompensation psychique auparavant. Partant le

diagnostic de trouble de la personnalité de type schizotypique (F 21) du Dr H. _____ et de Mme K. _____, ou anxieuse (F 60.6) du Dr R. _____ (21.06.06) reste quelque peu suspendu.

1.5.2. En revanche la CIM 10 reconnaît des modifications de la personnalité dues à des maladies psychiatriques, un état de stress ou de tension prolongée. C'est pour cette raison que j'ai choisi les troubles de la personnalité (F60.8) avec des composantes anxieuses, hypocondriaques (là également relevés par presque tous les experts hormis le Dr Q. _____) qui se sont vraisemblablement exacerbées tant par des problèmes familiaux (IVG, trisomie du fils aîné, maladie et décès de la mère, troubles psychiques du père) que par la restructuration du poste de travail et licenciement.

1.5.3.1. Dans la CIM 10 les auteurs notent qu'ils ont déplacé "deux états, classés auparavant parmi les troubles de la personnalité, la cyclothymie et les troubles schizotypiques (F21)". Ce problème théorique se reflète également dans le DSM IV, l'autre classification internationale, qui continue de placer ces troubles dans ceux de la personnalité (301.22 cf. photocopie ci-jointe).

1.5.3.2. La description qu'en donne cette présentation psychiatrique correspond en grande partie au tableau présenté par M. _____ à ce point près, mais important : "Le trouble apparaît au début de l'âge adulte", or chez l'examiné ils ne se sont faits connaître qu'au-delà de ses trente ans (consultation psychiatrique en 2003). Ainsi en optant pour des "troubles de la personnalité sans précision (anxieuse, hypocondriaque, modifiée par l'état dépressif récurrent) (F60.8)", je respecte les conditions posées par la CIM 10 tout en situant le "sans précision" par les trois adjectifs «anxieuse, hypocondriaque et, surtout, modifiée par l'état dépressif récurrent". Ce dernier aspect indiquant des troubles au niveau de la personnalité relevés par tous les auteurs de rapport, hormis le Dr Q. _____, par exemple "anxieuse", "hypocondriaque", mais que, pour ma part, je ne vois pas remonter à la période de formation de la personnalité (jusqu'à 18 ans environ) puisque je les fais dépendre d'une chronicisation de l'état dépressif (ainsi perçoit-on pourquoi l'adjectif "chronique" correspond mieux à mes vues cliniques que "récurrent" employé dans mon rapport du 24.12.09 pour satisfaire aux termes de la nomenclature, mais en négligeant les données cliniques qui, à mes yeux, prévalent).

1.6. Ainsi ce problème que je viens d'évoquer manifeste une tension entre, d'une part, les classifications, théoriques nécessairement, et, d'autre part, la clinique, c'est le terme "récurrent" (F33.1-2) des troubles dépressifs. En fait cet aspect a déjà été évoqué dans le chapitre 5 de mon rapport. "Tout clinicien connaît des patients dépressifs "résistants" à la médication et qui restent dans un état proche de la léthargie, en tout cas de l'inaction alors même que rien ne semble les distinguer d'autres dépressifs qui, eux, récupèrent même après plusieurs mois. Les cas comme l'expertisé actuel prennent d'autant plus l'aspect de défi qu'on ne saisit pas pourquoi ils ne surgissent pas de leur état, qu'ils sont bordés d'angoisse, de crainte du regard d'autrui et du sentiment de ne plus pouvoir s'en sortir". Par excès de convenance théorique j'ai utilisé le terme de "récurrent" au lieu d'affirmer clairement: "Dépression à l'état chronique" (même si ces termes ne sont pas

retenus par la CIM 10), ce qui correspond au tableau clinique de l'investigué. On me demande de situer la fin du premier épisode et le surgissement du deuxième. Clairement il y a simplement continuité et exacerbation de l'état dépressif depuis les premières manifestations. Grâce à la médication, adaptée et partiellement efficace, mais lourde, l'expertisé ne reste pas dans un état dépressif sévère mais passe à un niveau moins intense. Il profite d'un léger soulagement grâce à ces traitements médicamenteux et aux entretiens, mais l'ensemble reste sombre, parfois noir, en deux mots : dans un état dépressif au moins moyen qui a transformé sa personnalité (au point même que les psychiatre et psychologue traitants évoquent des "troubles schizotypiques" qui, encore une fois, sur le plan des nomenclatures sont "flottants" entre troubles proches d'une schizophrénie et ceux de la personnalité).

1.7. Et cet ensemble de perturbations psychiques sévères (si on met mes deux diagnostics retenus ensemble dans leurs effets) entraîne par voie de conséquence un pronostic très défavorable sur le plan de l'activité. L'expertisé ne peut plus retourner au travail et son incapacité est totale.

1.8. Puisque j'avais joint à mon rapport d'expertise du 24.12.2009 celui du Dr S._____ du 16.12.2009, je n'ai pas repris sa présentation, mais il est aisé de saisir que les troubles relevés dans son chapitre "Discussion" renforcent les aspects hypocondriaques de l'expertisé et diminuent encore plus ses capacités de travail. Je cite : "Pour ce qui concerne les céphalées, je pense qu'elles sont mixtes, avec un pôle tensionnel (cf status cervico-trapézien à l'émergence des racines C2-C3 ddc, artéfacts musculaires significatifs lors de l'EEG) et un pôle migraineux (cf anamnèse, score migraineux, normalité du status, pas d'autre piste extra- ou intracrânienne hors la tension musculaire sus-décrite, polyrythmie et photosensibilité diffuse à l'EEG)".

1.9. Conclusions ad 1

Par les explications d'ordre psychiatrique et ma façon de travailler, je pense avoir apporté les éclaircissements nécessaires au maintien de mon point de vue exposé dans mon rapport du 24.12.2009. Sur la base et du status psychiatrique que je crois avoir réalisé lege artis, et de mes appréciations des précédentes expertises, et ayant pris en compte les remarques des Drs G._____ et J._____, je continue donc de penser que M._____ est dans l'incapacité entière de travailler en raison des troubles psychiques dont il souffre et qui m'ont fait aboutir à mes diagnostics de troubles dépressifs et de la personnalité. La seule modification, mais d'ordre technique, consiste dans le choix de l'adjectif "chronique" au lieu de "récurrent".

2. "La pleine connaissance du dossier médical"

Ce n'est qu'à la lecture de votre lettre du 5.3.2010 à laquelle vous avez joint les remarques des deux confrères précités que j'ai compris qu'il ne s'agissait pas seulement d'une expertise avec réponses à apporter aux questions posées, mais que je devais encore détailler mes appréciations au regard des précédents rapports. Cette remarque ne signifie nullement que j'ai négligé des différentes présentations dont j'ai tenu compte dans l'abord de cet

examiné. Il m'importait d'établir un status qui devait conduire à mes diagnostics, jugeant dès lors qu'il revenait aux juges et aux parties d'apprécier les résultats et d'en tirer les conséquences au plan juridique. Et en fait on attendait non seulement une vue détaillée mais surtout que j'indique nettement en quoi je me ralliais ou, au contraire, je me distançais des rapports psychiatriques précédents. D'une certaine façon on semble n'avoir pas perçu qu'au-delà des diagnostics qui, plus est, étaient tous codifiés selon les contraintes d'une nomenclature (la CIM 10 qui a sans doute de grandes qualités auxquelles je me rallie mais qui ne se prétend ni se présente comme un Décalogue), au moins trois rapports sur cinq (cad. Dr R. _____ du 21.06.06, Dr H. _____ et Mme K. _____ et moi-même) concluent à l'incapacité totale de travailler de la personne investiguée; d'une certaine façon on peut y ajouter le deuxième rapport du Dr R. _____ du 29.01.07 qui y exprime des vues très pessimistes et suggère une prise en charge élargie pour "tenter, une dernière fois de re-mobiliser Mr M. _____" (p. 6.). Seul le Dr Q. _____, sur la base de son unique diagnostic, pas toujours très étayé, le jugeait apte à reprendre une activité entière.

En conclusion pour ce chapitre 2, je renvoie à mes présentations du premier chapitre ci-dessus, contestant dès lors n'avoir pas eu pleine connaissance des pièces du dossier transmis. Bien au contraire mes vues sur l'expertisé rejoignent celles des précédents experts, toujours hormis le Dr Q. _____, à des points théoriques près, mais mineurs quant à l'appréciation de la capacité de travail et d'activité de M. _____.

3. "L'appréciation de la situation médicale et exhaustive, inscrire comme étude fouillée ou pleine connaissance du dossier médical"

Ce troisième chapitre reprend les arguments déjà présentés dans les deux précédents, surtout le premier, aussi je n'y reviens que brièvement.

- J'ai précisé que le terme "récurrent" avait l'heur de convenir à la CIM 10, mais aussi le malheur de ne pas correspondre entièrement à ma perception (cf chap. 5 de mon rapport), si bien que j'ai opté ici pour l'adjectif "chronique".

Plus encore, les troubles dépressifs et de personnalité s'interpénètrent si bien que cette dernière s'est modifiée sous le coup des atteintes dépressives. Les angoisses s'exprimant aussi par des troubles hypocondriaques y ont également contribué si bien qu'actuellement il me paraît vain, inutile et surtout purement académique de vouloir faire le partage entre les aspects qu'on qualifierait de strictement dépressifs et ceux provenant des modifications de la personnalité dues aux atteintes anxieuses (manifestées entre autres par les préoccupations au sujet du corps). Enfin sous "Status" mon rapport contient les symptômes d'un état dépressif qui m'ont conduit à mon diagnostic, corroboré d'ailleurs par le test Hamilton de la Dépression. Je n'ai pas manqué de mentionner également que l'exploré bénéficiait d'un traitement médicamenteux lourd, sans doute bien adapté mais que partiellement efficace; cette inefficacité relative renforçant aussi mon appréciation de troubles sévères et persistants.

- Comme mentionné plus haut j'avais téléphoné au personnel soignant et je m'étais procuré quelques renseignements dont j'ai tenu compte dans mes évaluations, toutefois sans le mentionner expressément pour préserver le lien thérapeutique de M. _____ soigné dans ce Secteur. Mais le présent complément détaille clairement mes prises de position argumentées dans cette présentation clinique, révélant en quoi je me distancie partiellement du diagnostic de "troubles schizotypiques" tout en relevant que M. _____ souffre d'un état psychique sévère même s'il n'est pas toujours aisé de le glisser sous le toit d'un diagnostic de type nomenclature; en outre on peut s'étonner que les médecins du SMR n'aient pas plus porté leur attention sur les troubles hypocondriaques que tous les rapports ont retenus hormis le Dr Q. _____, du moins dans ses diagnostics car dans son texte : "Lors de l'expertise psychiatrique, l'intéressé s'est plaint de maux de tête, d'une sensation de "... fourmis dans les jambes, au coude et au poignet droit". Des maux de tête que le Dr S. _____, spéc. FMH en neurologie, a examinés en les interprétant comme suit : "Pour ce qui concerne les céphalées, je pense qu'elles sont mixtes, avec un pôle tensionnel... et un pôle migraineux" (rapport du 18.12.2009). La photophobie, la fuite du bruit, le refuge au lit constituent souvent des moyens d'apaiser des douleurs qui peuvent, à elles seules, devenir invalidantes, au moins partiellement.

- Au demeurant j'ai préféré ne pas trop insister sur la présentation du Dr H. _____ et de Mme K. _____ pour préserver le lien thérapeutique, ce que, d'ailleurs, les Drs G. _____ et J. _____ n'ont pas manqué de relever (cf. leur rapport du 25.05.09, dernier § : "D'autre part une jurisprudence constante estime que la position de l'expert doit toujours être privilégiée sur celle du médecin-traitant").

- o F60.8 Troubles de la personnalité sans précision (anxieuse, hypocondriaque et modifiée par l'état...). A noter que j'ai hésité entre ce chiffre de la CIM 10 (troubles sans précision) et le 61.0 (troubles mixtes de la personnalité). Mais ce dernier chiffre précise qu'il s'agit de troubles mentionnés sous F60.8 (ce qui convenait pour Personnalité anxieuse F60.6) or la "Modification..." apparaît sous 62.1. Finalement j'ai opté pour le F60.8 parce qu'il comporte le "sans précision" que j'ai pu compléter entre les parenthèses par "anxieuse, hypocondriaque et modifiée par l'état dépressif récurrent" (transformé en "chronique" depuis lors).

- o Ce dernier aspect de "chronicité" apparaît dans mon rapport au chap. 5 (p. 8 que j'ai cité plus haut). Quant aux symptômes "dépressifs", ils apparaissent dans mon status (p. 5 sous "trouble de l'humeur" ainsi que dans les scores de l'Echelle de Hamilton) et les "anxieux" juste au-dessus. D'ailleurs je n'ai pas constaté que les troubles dépressifs et anxieux ont été laissés de côté par les experts précédents, seule l'intensité des troubles est évaluée différemment.

- o A part le Dr Q. _____ et encore, seulement dans son diagnostic, ils ont tous été sensibles au caractère hypocondriaque de M. _____.

- o Aussi en mettant ces divers éléments ensemble je parviens bien à mon diagnostic comme je l'ai d'ailleurs explicité plus avant.

En conclusion pour ce point il ne m'appartient pas du tout de juger si mon rapport doit être retenu ou pas comme pièce à verser au dossier; en revanche j'ose le considérer comme répondant aux exigences de scientificité et de neutralité communément admises.

Conclusions finales

Ainsi après avoir accordé toute mon attention à la lecture de votre lettre du 5.03.2010 qui comportait l'avis du SMR (26.01.2010), je crois avoir répondu aux contestations présentées d'une façon telle que je maintiens mes évaluations exposées dans mon rapport du 24.12.2009. Puissent mes arguments éclairer les débats et, également, mieux faire saisir le type de troubles que, je pense, présente M. _____ le rendant, à mes yeux, entièrement invalide ! ».

h) Le 20 mai 2010, le recourant a indiqué qu'il approuvait pleinement le complément d'expertise du Dr N. _____ et ses déterminations sur l'avis médical du SMR du 26 janvier 2010.

Le 31 mai 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il se ralliait à l'avis médical SMR du 4 mai 2010 sur le complément d'expertise, établi par la Dresse A. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et dont la teneur était la suivante :

« Nous avons pris connaissance du complément d'expertise du Dr N. _____ du 29.03.2010 qui n'apporte pas les éclaircissements nécessaires à nous convaincre à changer nos conclusions du rapport médical SMR du 13 mars 2008 et les avis médicaux du 25 mai 2009 et 26 janvier 2010.

Nous citons d'abord, dans l'ordre chronologique, la liste des rapports médicaux et d'expertises, accompagnées des remarques de l'expert psychiatre et de nos appréciations.

Le Dr R. _____, dans son expertise psychiatrique du 21.06.2006, objective un premier épisode dépressif moyen, un trouble hypocondriaque et une personnalité anxieuse, diagnostics évoqués également par le Dr T. _____ médecin adjoint et le Dr H. _____, médecin assistant traitant, dans le rapport médical du 12 janvier 2007.

Le Dr R. _____ dans l'expertise psychiatrique du 29.01.2007, retient le diagnostic de dysthymie et trouble hypocondriaque et le Dr Q. _____ dans l'expertise psychiatrique du 19.02.2008 retient seulement le diagnostic de dysthymie.

Le Dr H. _____ et Mme K. _____ psychologue associé qui suit l'assuré, dans le rapport médical adressé à Maître Mary Monnin-Zwahlen, du 29.04.2009, évoquent pour la première fois un trouble schizotypique, diagnostic très peu convaincant qui à notre avis ne respecte pas les critères cliniques de la CIM-10. Aucune pathologie dépressive chronique n'a été retenue.

Le Dr N. _____ dans son expertise psychiatrique du 24.12.2009, retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques mais avec syndrome somatique, trouble de la personnalité sans précision.

Dans son complément d'expertise du 5 mars 2010 l'expert psychiatre présente ses déterminations sur les différents points soulevés dans l'avis médical du 26.01.2010.

L'expert avoue son étonnement de voir le diagnostic du 21.06.2006 "d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique" relégué au profit de "dysthymie". Or, selon la CIM-10, les formes de dysthymie à début tardif surviennent habituellement à la suite d'un épisode dépressif isolé, souvent en rapport avec un deuil ou tout autre événement stressant manifeste. D'ailleurs, toujours selon la CIM-10, les assurés qui souffrent de dysthymie se sentent fatigués, déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne comme dans le cas de notre assuré.

Nous n'allons pas revenir au diagnostic de trouble dépressif récurrent qui ne respecte pas les critères cliniques de la CIM-10 et qui a été bien discuté dans les deux avis médicaux du 25 mai 2009 et 26 janvier 2010. Cependant, selon la CIM-10, dans un épisode dépressif moyen le cinquième caractère du code peut être utilisé pour spécifier la présence d'un syndrome somatique et dans un épisode dépressif sévère il peut être utilisé pour spécifier la présence de symptômes psychotiques.

L'expert utilise dans son appréciation les scores de divers protocoles et échelles d'évaluation. Or, l'échelle de dépression de Hamilton n'est pas une échelle de diagnostic mais un bon indicateur de l'intensité globale de la dépression. Elle est suffisamment sensible pour apprécier les changements sous traitement antidépresseur page 138 du "Protocole et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie de M. Bouvard et J. Cottraux".

Le diagnostic de trouble de la personnalité, quelque peu controversé, ne représente pas un trouble grave ayant valeur invalidante qui suppose des antécédents psychiatriques significatifs remontant à la fin de la 2^{ème} dizaine d'années de vie si l'on s'en tient aux critères retenus par les ouvrages diagnostiques de référence, ce qui n'est pas le cas de notre assuré. Selon le Dr Q. _____, à la page 10 de son expertise, "l'assuré ne présente pas de conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle majeure lors de situations personnelles et sociales très variées résultant de troubles graves de la personnalité".

Le trouble hypocondriaque, diagnostic controversé qui, selon le Dr N. _____ "est à l'origine d'un processus d'invalidation déjà avancé avec un patient régressé, fonctionnant sur un mode pauvre", selon la CIM-10 page 147 "les sujets, en particulier ceux qui présentent une forme mineure de trouble hypocondriaque, sont souvent pris en charge par les services de santé primaires ou les services médicaux spécialisés non psychiatriques; la présence des symptômes conduit certains patients à tyranniser ou à manipuler leur famille et les services sociaux". A la page 13 de l'expertise du Dr Q. _____, l'assuré "s'inspire de son vécu, dont il garde certains souvenirs, afin

de maintenir des plaintes dans le but d'obtenir des bénéfices secondaires sous la forme d'une rente". Quoi qu'il en soit, dans l'expertise psychiatrique du Dr N._____, la vie quotidienne de notre assuré ne montre pas de difficultés particulières.

Au sujet des céphalées, des investigations ont été effectuées, notamment neurologiques qui n'ont pas permis d'expliquer la symptomatologie présentée par l'assuré.

En conclusion, après avoir pris connaissance du complément d'expertise du Dr N._____, nous n'avons aucun élément médical particulier qui pourrait nous amener à modifier l'appréciation du SMR ».

E n d r o i t :

1. **a)** La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} 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-VD). 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).

b) 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 (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, le recours est recevable (art. 58 al. 1 et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

2. Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Aux termes de 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.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (cf. actuellement l'art. 28 al. 2 LAI, dont la teneur est identique) et applicable razione temporis en l'espèce, 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. Selon l'art. 29 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (al. 1). La rente est allouée dès le début

du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (al. 2, 1^{re} phrase).

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). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I_274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

c) Le juge des assurances sociales 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).

d) Il n'appartient pas à l'administration ou au juge de remettre en cause le diagnostic retenu par un médecin et de poser de son propre chef des conclusions qui relèvent de la science et des tâches du corps médical, d'autant moins lorsque celles-ci ne sont corroborées par aucune pièce médicale versée au dossier et qu'elles s'opposent à l'appréciation de son propre service médical. Si un doute subsiste quant au bien-fondé des conclusions d'une expertise médicale, il convient bien plutôt d'interpeller les experts afin qu'ils apportent les précisions requises ou de mettre en oeuvre une mesure d'instruction complémentaire (TF I_1080/06 du 13 avril 2007, consid. 4.2).

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).

4. a) En l'espèce, le 21 juin 2006, le Dr R._____ diagnostique un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), un trouble hypocondriaque (F45.2) et une personnalité anxieuse (F60.6). Le 12 janvier 2007, les Drs T._____ et H._____ de l'Unité de Psychiatrie O._____ posent les mêmes diagnostics que le Dr R._____. Le 29 janvier 2007, le Dr R._____ modifie son diagnostic en dysthymie (F34.1) et trouble hypochondriaque (F45.2). Le 19 février 2008, les Drs Q._____ et U._____, de la Clinique L._____, concluent à l'absence de toute pathologie invalidante, estimant que l'assuré souffre d'une dysthymie

(F34.1), d'une antrite et d'une bulbite érosive traitées. Le 29 avril 2009, le Dr H._____ et Mme K._____ de l'Unité de Psychiatrie O._____ diagnostiquent un trouble schizotypique (F21) et un trouble hypocondriaque (F45.2). Les 24 décembre 2009 et 29 mars 2010, l'expert N._____ retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel de moyen à sévère sans symptômes psychotiques, mais avec syndrome somatique (F33.1-2), et des troubles de la personnalité sans précision (anxieuse, hypocondriaque, modifiée par l'état dépressif récurrent) (F60.8). Comme le mentionne le Dr N._____ dans son rapport complémentaire du 29 mars 2010, il y a tout d'abord lieu de constater qu'il n'y a pas de diagnostics diamétralement opposés. Tous les médecins mentionnent des troubles de l'humeur, allant de la dysthymie à un épisode dépressif moyen à sévère (hormis le Dr H._____ et Mme K._____, le 29 avril 2009), et tous les médecins indiquent des troubles de la personnalité et des troubles hypocondriaques (hormis le Dr Q._____).

b) L'expert N._____ s'étonne de la disparition du diagnostic de personnalité anxieuse entre les deux rapports du Dr R._____ des 21 juin 2006 et 29 janvier 2007. En effet, dans son rapport du 21 juin 2006 (pp. 5-6), le Dr R._____ indique que *« l'anxiété est présente de très longue date (enfance) et sous la forme de différentes manifestations (soucis, conduites phobiques, crises anxieuses, somatisations, etc.)»*, que *« cette symptomatologie anxieuse est également en lien étroit avec les préoccupations hypochondriaques de l'intéressé »* et que *« l'échelle d'anxiété de Hamilton cote à 28, ce qui indiquerait la présence d'une anxiété sévère »*; or, dans son rapport du 29 janvier 2007 (p. 4), il note que *« l'anxiété est particulièrement présente indissociable des préoccupations hypochondriaques »* et que *« l'échelle d'anxiété de Hamilton cote à 31, ce qui indiquerait la présence d'une anxiété sévère »*. Force est donc de constater que l'anamnèse de ce trouble est superposable dans les deux avis médicaux, voire même légèrement aggravée selon l'échelle d'anxiété de Hamilton. De plus, l'expert note que selon les « directives pour le diagnostic » de la CIM-10 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision), la personnalité anxieuse relève d'un mode de

comportement anormal, durable, persistant et profondément enraciné, ce qui est le cas du recourant. A l'instar du Dr N._____, on ne s'explique donc pas que le Dr R._____ ne fasse plus état du diagnostic de personnalité anxieuse six mois après son premier rapport et en l'absence de constatations objectives plus favorables.

L'expert N._____ avoue également, à juste titre, son étonnement de voir le diagnostic posé par le Dr R._____ d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique (juin 2006), relégué au profit de dysthymie (janvier 2007), alors que non seulement les scores de l'échelle de dépression de Hamilton restent les mêmes - soit 24 en juin 2006 et 22 en janvier 2007, signant tous deux un état dépressif moyen -, mais aussi que le tableau clinique exposé recouvre pratiquement le premier et montre même une péjoration. Ainsi, alors que la constellation symptomatique et sa stabilité dans le temps sans vraie amélioration malgré les traitements faisait craindre au Dr R._____, en juin 2006, une évolution vers l'invalidation, avec un ancrage et une chronicisation symptomatique alliée à un état de régression et de passivité, celui-ci indique, en janvier 2007, que la constellation symptomatique et sa stabilité dans le temps sans vraie amélioration malgré les traitements traduit désormais une évolution vers l'invalidation, avec une chronicisation et une obsessionnalisation autour des plaintes, alliées à un état de régression et de dépressivité chronique; il ajoute que l'assuré se chronicise dans une pathologie psychiatrique où dominant les troubles du registre somatoforme, avec une co-morbidité anxieuse et dépressive. Pour les motifs qui précèdent, ce revirement de diagnostic ne saurait être pris en considération.

c) Dans son rapport psychiatrique du 19 février 2008, le Dr Q._____, de la Clinique L._____, estime pour sa part que le recourant souffre de dysthymie dans la mesure où il ne présente que trois critères mineurs de la dépression, soit la culpabilité, les troubles de concentration et l'inappétence. Or, tous les autres spécialistes signalent d'autres éléments signant un état dépressif moyen ou reliés à un trouble schizotypique. En effet, l'expert N._____ constate que le recourant

présente les troubles suivants : clinophilie, anhédonie, adynamie, tristesse, culpabilité, angoisses, aboulie, asthénie, ralentissement psychomoteur, légers troubles de l'attention et de la concentration, perturbation du sommeil, baisse prononcée de la libido, désintérêt, fuite du contact social et refuge dans les habitudes quotidiennes de la famille; le Dr H._____ et Mme K._____ font des constatations objectives semblables, à savoir un ralentissement psycho-moteur modéré, une hypomimie, une apathie, des moments de perplexité, parfois une tristesse importante et des pleurs, une anxiété flottante d'intensité variable, des ruminations anxieuses, des troubles de la concentration et de l'attention, des troubles du cours de la pensée, une culpabilité liée à l'avortement de sa femme et à la naissance ultérieure de son fils trisomique et une tendance au retrait social; de même, le Dr R._____ observe, dans ses deux rapports des 21 juin 2006 et 29 janvier 2007, quelques épisodes de pleurs qui laissent apparaître l'humeur dépressive sous-jacente à bas bruit et chronique, une symptomatologie d'inhibition et de ralentissement (asthénie, aboulie, indécision, perte de plaisir, sentiment d'impuissance, forme de perplexité), des ruminations négatives, des troubles du sommeil et de l'appétit et une anxiété particulièrement présente indissociable des préoccupations hypocondriaques. Force est dès lors de conclure que le tableau clinique du Dr Q._____ étayant son diagnostic de dysthymie n'emporte pas la conviction. Son diagnostic sous-estime la gravité des troubles présentés et rien ne permet de conclure que ceux-ci sont en rémission. Au demeurant, on constate que le Dr Q._____ admet que le recourant a souffert d'un épisode dépressif sévère puisqu'il indique que les doléances d'apparence hypocondriaque sont probablement des séquelles d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

L'expert N._____ expose aussi que dans la mesure où la CIM-10 reconnaît des modifications de la personnalité dues à des maladies psychiatriques, à un état de stress ou à un état de tension prolongée, c'est la raison pour laquelle il retient le diagnostic de trouble de la personnalité sans précision, avec composantes anxieuse et hypocondriaque - qui se sont vraisemblablement exacerbées tant par les problèmes familiaux (interruption volontaire de grossesse, trisomie du fils aîné, maladie et

décès de la mère et troubles psychique du père), que par la restructuration du poste de travail et le licenciement -, dont il estime qu'il est survenu en raison d'une chronicisation de l'état dépressif. En outre, alors que les troubles schizotypiques ne figurent plus, selon la CIM-10, parmi les troubles de la personnalité, ils le sont toujours dans le DSM-IV, autre classification internationale (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^e édition), ce qui explique pourquoi l'état psychiatrique diagnostiqué sous troubles schizotypiques (par le Dr H._____ et Mme K._____) correspond en grande partie au tableau présenté par l'intéressé en tant que troubles de la personnalité, exception faite que ceux-ci ne se sont faits connaître qu'après l'âge de trente ans, et non au début de l'âge adulte. Cela étant, la distinction entre trouble psychotique et trouble de la personnalité avec composante anxieuse et hypocondriaque modifiée par l'état dépressif chronique n'est pas essentielle pour évaluer la capacité de travail, car c'est la maladie psychique grave qui provoque une incapacité de travail et non pas sa désignation de nomenclature.

d) En conclusion, grâce à la bonne compliance médicamenteuse, adaptée mais partiellement efficace, l'expert N._____ estime que l'état dépressif du recourant subsiste, à un stade moins intense et à un niveau au moins moyen qui a transformé sa personnalité. Il considère que cet ensemble de perturbations psychiques sévères entraîne une totale incapacité totale de travail, conclusion à laquelle le Dr H._____ et Mme K._____ sont également arrivés, de même que le Dr R._____ dans son second rapport du 29 janvier 2007 dans le sens où celui-ci ne voit pas comment on pourrait faire reprendre une activité professionnelle à l'intéressé. Seul le Dr Q._____ estime que l'on peut exiger du recourant qu'il travaille à plein temps, mais on a vu ci-dessus qu'il n'a pas observé tous les critères pour un diagnostic d'épisode dépressif, au contraire de tous les autres spécialistes consultés. Un trouble dépressif chronique est un trouble installé, mais qui peut varier d'intensité au fil du temps, et c'est en considérant ce trouble sur la durée que l'on peut conclure à une totale incapacité de travailler du recourant.

5. Au vu de ce qui précède, il convient de considérer que le recourant est en incapacité totale de travailler depuis le 16 décembre 2005 (cf. rapport du Dr N._____ du 24 décembre 2009, p. 11), à l'exception de la période du 1^{er} mars au 31 août 2006 durant laquelle cette incapacité de travail était de 50 %. Il y a ainsi lieu de retenir qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, soit le 16 décembre 2006, le recourant présentait, pour des raisons psychiatriques, une incapacité totale de travail dans toute activité et donc un degré d'invalidité de 100 pour-cent.

Les conditions pour l'ouverture du droit à une rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2006 selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 et 2 LAI étant remplies, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, dès le 1^{er} décembre 2006.

6. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA, 52 al. 1 LPA-VD).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 11 décembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que M._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2006.

III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à M. _____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Mary Monnin-Zwahlen, avocat (pour M. _____)
- 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 :