

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 septembre 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Gasser et Monod, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

C. _____, à Territet, recourant, représenté par Me Dominique Alvarez,
avocat à Vevey,

et

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

Art. 6ss et 16 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après; l'assuré ou le recourant), né en 1962, originaire d'ex-Yougoslavie, en Suisse depuis plusieurs années, marié, sans activité lucrative, a déposé une demande de prestations AI pour adultes sous forme de rente le 6 septembre 2006. Il se plaignait, depuis 1999, d'atteintes psychiques sous la forme de crises de folie faisant ressortir son agressivité.

Le rapport médical du 20 février 2007 établi par la Dresse E._____, médecin adjoint et M. G._____, psychologue associé du secteur psychiatrique du secteur psychiatrique de [...], posait les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et probable trouble de la personnalité de type psychotique (F60.8), vraisemblablement depuis 1999. Après avoir relevé que l'état de l'assuré était stationnaire, ces praticiens estimaient que seule une activité en milieu protégé et à un temps très partiel était concevable. Ils relevaient que si l'état clinique restait stable, un travail à temps très partiel dans une structure protégée serait alors peut-être envisageable.

Dans son rapport médical du 27 février 2007 la Dresse W._____, psychiatre et chef de l'antenne de consultation psychothérapeutique pour migrants d' [...] à [...], suivant alors le cas de l'assuré depuis février 2006, posait comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail, une modification durable de la personnalité (fonctionnement type psychotique) avec expérience de catastrophe (F62.0) ainsi qu'un status après plusieurs troubles psychotiques aigus (2000-2005) (F23.9). La Dresse W._____ retenait une incapacité de travail totale dans quelque activité à tout le moins depuis février 2006 (début du traitement) et probablement depuis 1999. Elle indiquait avoir mis en œuvre un traitement psychiatrique intégré comprenant des entretiens psychiatriques mensuels, des séances d'approche corporelle bimensuelles, des entretiens de famille tous les deux mois ainsi qu'une médication relativement importante (Haldol, Zyprexa, Remeron, Lorasifar

et Akineton). De l'avis de la Dresse W._____, ce suivi articulé semblait permettre une certaine stabilisation de l'état de psychique de l'assuré. Elle a également relevé une incapacité de travail entière de l'assuré dans quelque activité qu'il soit, le "tableau clinique chronique" de son patient n'étant pas compatible avec une activité professionnelle.

Interpellé par l'Office AI (ci-après; l'OAI ou l'intimé), la Dresse E._____ et M. G._____ du secteur psychiatrique de [...] ont produit un complément à leur précédent certificat du 20 février 2007. Indiquant que la dernière hospitalisation en date remontait au 5 septembre 2005, ils mentionnaient qu'au total, l'assuré avait effectué six séjours entre mars 2000 et septembre 2005. Ils précisaient que si les premiers séjours avaient eu lieu d'office après intervention de la police, les trois derniers l'avaient été sous forme volontaire, nonobstant un contexte symptomatologique resté identique. Renvoyant à leur rapport médical du 20 février 2007, la Dresse E._____ et M. G._____ soulignaient qu'un réseau de soins s'était mis en place autour de leur patient et sa famille.

Par courrier du 28 janvier 2008, l'OAI a communiqué à son assuré qu'il était nécessaire de procéder à une expertise médicale.

L'expertise médicale du 5 mai 2008 réalisée par le Dr I._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, exerçant à [...], comportait les observations, diagnostics et conclusions suivantes:

"VII. Discussion:

[...]

Les observations directes sont un peu plus étoffées depuis son arrivée en Suisse. Tout d'abord, entre son arrivée le 31.12.1998 et sa première hospitalisation en mars 2000 s'écourent 15 mois pour lesquels n'existent apparemment pas de problème majeur. Ceci contredit sa notion d'avoir été "malade" dès son arrivée.

Il y a eu six courtes hospitalisations et un suivi psychiatrique plus ou moins régulier. Une symptomatologie psychotique et agressive s'est manifestée dans un premier temps chaque fois lorsque l'assuré était confronté à son renvoi au pays. Par exemple, avant la première hospitalisation entre le 21 et le 25 mars 2000, l'autorisation de rester en Suisse échouait pour le 31 mai 2000.

De ce fait, on pourrait penser à une problématique purement réactionnelle. Effectivement, les diagnostics des premières hospitalisations évoquent le terme de trouble de l'adaptation (avec symptomatologie psychotique), mais font ensuite place à des

notions structurelles et durables (troubles de personnalité, psychose).

Si on suit la chronologie des hospitalisations et des événements administratifs, on constate effectivement que les quatre premières hospitalisations sont en lien étroit avec des menaces de renvoi ou des séances administratives pour évaluer la situation de la famille C._____. Les deux hospitalisations qui suivent plus tard ne sont plus reliées à de telles pressions ou facteurs de stress décelables. D'autres hypothèses ont été évoquées ici (neuroleptiques mal supportés, anniversaires des événements difficiles, etc.).

[...]

Nous avons procédé à un dosage médicamenteux qui montre que l'assuré est observant de principe. Il existe cependant un taux sérique des médicaments en dessous de ce qui est attendu par la prescription. Il n'existe dans le dossier aucune notion de problème de compliance. Le seul élément mentionné est celui d'un refus progressif par rapport à la médication neuroleptique par injection dépôt.

A travers les descriptions du suivi psychiatrique intégré il y a apparemment des moments où l'assuré était collaborant et était aussi nettement mieux dans son état psychique, ceci jusqu'au point de vouloir arrêter le suivi et avec une notion (de la part du généraliste) de pouvoir retravailler. En parallèle il y a aussi des notions de souffrance par rapport à l'absence de travail et d'un statut normal.

[...]

Aujourd'hui il n'existe plus aucun symptôme particulier sur le plan des observations. Du côté subjectif, il persiste la notion de troubles de concentration, de [problèmes dans la tête], de [trous noirs], de [pression psychique] et autres. Il est absolument impossible ici d'objectiver d'avantage; les notions subjectives persistent d'une manière indépendante et répétitive. Nous n'avons aucune [preuve] pour mettre en doute ce que l'assuré dit. A l'inverse, il n'existe aucune preuve de dysfonctionnements issus des symptômes évoqués. Par contre, l'assuré semble avoir adopté un comportement très spécifique d'évitement et un conditionnement à une situation de malade. Il est ici aussi très répétitif: il veut bien s'intégrer et travailler, mais ses problèmes dans la tête l'en empêchent.

VIII. Diagnostics et conclusions:

Avec l'ensemble de notre analyse effectuée, nous retenons ainsi sur le plan diagnostique le terme de:

Autres troubles psychotiques aigus et transitoires (F23.8 CIM-10).

[...]

Ceci dit, d'un point de vue médico-théorique, une insertion dans des activités professionnelles est exigible. On se heurte ici certainement non seulement à la vision personnelle de l'assuré qui est complètement opposée, mais aussi à la vision de ceux qui l'entourent d'un point de vue social et médical. Très probablement, la résolution définitive de la question du droit au séjour apportera encore un apaisement supplémentaire. Effectivement, avec le vécu et la destruction des biens dans son pays, un retour dans le pays ne fait plus aucun sens et doit forcément être vécu comme déstructurant et dramatique à un tel point qu'il pourrait décompenser comme c'était le cas. En dehors de cette limitation [fonctionnelle-géographique], nous avons la forte conviction que

l'assuré, avec ses capacités d'adaptation et de débrouillardise dont il a fait preuve pendant de nombreuses années, pourrait aussi fonctionner correctement dans notre pays.

De ce fait, nous stipulons une entière exigibilité de travail sur le plan médico-théorique et psychiatrique.

Si des doutes persistaient sur son état, un stage d'observation résidentiel pourrait s'avérer nécessaire. Dans ce cas [par exemple les ateliers professionnels de la [...] à [...]], on devrait obtenir des informations détaillées sur les aptitudes pratiques et basiques de l'assuré, effectué par des intervenants strictement neutres."

Ces conclusions ont été pleinement partagées par le SMR selon rapport médical du 20 janvier 2009 du Dr S._____, médecin-chef adjoint.

B. Par projet de décision du 17 février 2009, l'OAI s'est prononcé dans le sens d'un rejet de la demande de prestations, retenant que de l'avis de l'expert mandaté, une activité professionnelle était exigible de la part de l'assuré.

Le 10 mars 2009, l'assuré a fait part de ses objections à l'OAI. Il indiquait être gravement malade physiquement et psychologiquement.

A l'appui de cette contestation, le 15 mai 2009, l'organisation [...] a transmis à l'administration, un rapport médical du même jour de la Dresse D._____, psychiatre-psychothérapeute FMH oeuvrant en son sein. Posant un status identique à celui du Dr I._____, la psychiatre suivant l'assuré s'est toutefois distancée des diagnostics de l'expert, retenant un épisode dépressif (F32 CIM-10) ainsi qu'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0 CIM-10). Cette praticienne relevait notamment qu'il lui paraissait difficile d'affirmer avec force que l'assuré n'avait jamais eu de problèmes de santé, compte tenu de l'événement vécu pour rechercher sa mère restée seule dans son village massacré lequel correspondait à la définition d'un événement stressant occasionnant un stress post-traumatique selon la CIM-10. L'assuré avait dès lors pu présenter ces symptômes les jours suivants.

A teneur de l'avis médical SMR du 26 juin 2009 rédigé par le Dr F._____, le diagnostic de modification durable de la personnalité

après une expérience de catastrophe (F62.0 CIM-10) ne pouvait exister en l'espèce, de sorte qu'il convenait de s'en tenir à l'analyse de l'expert.

Par décision formelle du 9 novembre 2009, reprenant la motivation de son préavis du 17 février 2009, l'OAI a maintenu sa position, rejetant la demande de l'assuré.

C. Recourant par lui-même le 10 décembre 2009 contre la décision précitée, l'assuré a expliqué présenter, selon avis de ses médecins soignant, des troubles psychiques l'empêchant totalement de travailler. Il a indiqué en sus son intention de procéder à brève échéance au dépôt d'une demande d'assistance judiciaire.

Par réponse du 22 février 2010, l'intimé a proposé le rejet du recours, en se référant à sa décision du 9 novembre 2009.

Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'un avocat, avec effet au 16 janvier 2010.

Par réplique du 21 avril 2010, le conseil du recourant a conclu à la réforme de la décision contestée en ce sens qu'une rente entière soit allouée dès le 1^{er} septembre 2006 ou selon justice, subsidiairement, à l'annulation de la décision contestée et renvoi à l'intimé pour nouvelle instruction puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

Par duplique du 21 juin 2010, l'intimé a indiqué maintenir sa décision.

E n d r o i t :

1. **a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi n'y déroge expressément.

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA); en outre, il est recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA).

2. Le recourant reproche à l'intimé de lui avoir refusé à tort le droit aux prestations AI sous forme de rente. Il soutient que de l'avis de ses médecins traitant (en particulier celui de la Dresse D. _____ d' [...]), son état psychique l'empêche totalement de travailler. La cour de céans examinera si l'intimé était fondé en l'espèce à attribuer valeur probante aux conclusions du rapport de l'expert I. _____ du 5 mai 2008.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Selon l'art. 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. 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 (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008 [5^e révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss]).

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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

b) Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal Fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les

tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2, 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2).

c) A teneur de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1). L'assuré doit se

soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2).

D'après une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. L'assureur doit donner connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions (art. 44 LPG). Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb; TFA I 561/2002 du 17 juillet 2003, consid. 3; cf. à ce propos TF I 110/2006 du 9 février 2007, consid. 1.3). En d'autres termes, l'expertise mise en œuvre par l'assureur (rapport médical établi par un médecin indépendant et neutre) a valeur probante lorsqu'elle est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que ses résultats sont convaincants (Frésard/Moser-Szeless, SBVR, Soziale Sicherheit, 2^e éd., p. 1025).

Le fait pour des organismes d'assurances sociales de mandater des médecins en qualité d'experts ne saurait, à lui seul, prêter le flanc à critiques (TFA I 371/2005 du 1^{er} septembre 2006, consid. 5.3.2, I 415/2005 du 29 septembre 2005, consid. 2, I 40/2002 du 22 janvier 2003, consid. 3.2 et I 218/2000 du 14 juin 2000, consid. 4b). Un expert mandaté passe pour prévenu uniquement lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert.

L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, 123 V 175 consid. 3d et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/ee; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les références; TF I 294/2006 du 20 avril 2007, consid. 3.2).

d) Un diagnostic d'atteinte à la santé psychique n'entraîne pas nécessairement une invalidité au sens du droit fédéral. Selon la jurisprudence, l'art. 7 al. 2 LPGA – qui prévoit qu'il ne peut y avoir incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable – exprime un principe du droit des assurances sociales quant au caractère objectif de l'appréciation de ce qui peut encore être exigé de la personne assurée pour surmonter les limitations de sa capacité de gain entraînées par son atteinte à la santé. Dans le domaine des atteintes psychiques, l'expert est tenu d'évaluer s'il est objectivement et raisonnablement possible d'attendre de son sujet que ce dernier surmonte ses limitations et partant exerce une activité lucrative en dépit de ses limitations, sans se limiter à la perception subjective de l'intéressé (ATF 135 V 215 consid. 7.2). Ce devoir d'objectivisation implique une analyse rigoureuse de la part de l'expert du degré de gravité, donc des répercussions des atteintes psychiques observées. Dans ces conditions, un trouble psychiatrique diagnostiqué conformément aux règles de l'art n'entraîne pas nécessairement une invalidité justifiant le droit à une rente AI. La capacité à exercer une activité adaptée dépend plutôt du degré de gravité, donc des répercussions des atteintes psychiques observées (ATF 130 V 396 consid. 6.2 et 127 V 294 consid. 4c).

4. Sous l'angle formel, le recourant reproche à l'intimé un défaut de motivation total quant aux raisons qui ont conduit au refus de sa demande de prestations. L'intimé n'aurait pas comparé les résultats de l'expertise avec ceux contraires figurant au dossier. La teneur de ces derniers n'aurait même pas été évoquée tant dans les rapports SMR qu'au travers de la décision entreprise. Le recourant fait ainsi grief à l'intimé de

ne pas s'être prêté à la mise en œuvre des mesures d'instructions utiles à l'examen de sa demande de prestations AI.

Il ressort du dossier transmis que l'intimé a demandé, le 5 novembre 2007 au SMR, une appréciation sur le cas soumis. Selon avis médical SMR du 9 janvier 2008, après examen des différents éléments médicaux à disposition – dont en particulier le rapport médical du 20 février 2007 de la Dresse E. _____ et M. G. _____ ainsi que celui du 27 février 2007 de la Dresse W. _____ –, l'ensemble de ces documents ne permettait pas de se déterminer avec certitude de sorte qu'une expertise psychiatrique s'avérait nécessaire. Une fois l'expertise en question réalisée, l'intimé a une nouvelle fois requis l'avis du SMR. Selon rapport du 20 janvier 2009, le SMR a exposé ses appréciations en lien avec l'expertise du Dr I. _____ ainsi que les motifs l'amenant à partager les conclusions de l'expert. Le projet de décision du 17 février 2009 reprenait la teneur de l'expertise concluant à l'exigibilité de l'exercice d'une activité professionnelle de la part du recourant. Ce projet faisait également allusion au dernier avis médical SMR précité. Suite à la production du rapport médical de la Dresse D. _____, l'intimé a, en application de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961, RS 831.201), à nouveau mandaté le SMR afin que celui-ci lui communique si la teneur de ce nouvel élément médical était susceptible de modifier l'appréciation du cas. Selon avis médical du 26 juin 2009, le SMR a dûment exposé les raisons pour lesquelles le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) ne devait pas pouvoir être retenu en l'espèce. De l'avis du SMR, il convenait de s'en tenir à l'analyse effectuée par l'expert. Dans la décision attaquée et sa lettre d'accompagnement, l'intimé a exposé en détail les circonstances et motivations conduisant au maintien de son appréciation précédente selon projet de décision du 17 février 2009.

Au vu de ce qui précède, l'instruction du dossier par l'intimé ne saurait ouvrir le flanc à quelques critiques. L'intimé a effectivement tenu compte, examiné et discuté la pertinence de la totalité des pièces médicales figurant au dossier. Partant le défaut de motivation élevé par le

recourant l'est sans fondement, de sorte que ce grief ne peut qu'être rejeté.

5. a) Sous l'angle matériel, le recourant soutient que contrairement à l'avis de l'expert, les troubles dont il souffre ne sont pas intermittents mais durables. Il argue d'une part, que toute baisse de médication a pour conséquence un accroissement foudroyant de ses symptômes et d'autre part, que les multiples effets indésirables liés à sa médication (vertiges, somnolences et manque de concentration) sont de nature à anéantir sa capacité à accomplir quelque travail.

Les résultats de l'examen sanguin effectué par l'expert afin de déterminer le taux sérique des médicaments prescrits (cf. p. 18 du rapport d'expertise du 5 mai 2008) démontrent que l'assuré est "observant de principe". Tant le Remeron que l'Haldol ne correspondent pas aux dosages prescrits. Considérant que la posologie des deux médicaments précités n'est pas respectée et est dès lors inférieure à ce qu'elle devrait être, tant le Remeron que l'Hadol ne peuvent avoir quelque influence sur la santé du recourant. S'agissant des médicaments restants, savoir le Zyprexa, le Lorasifar et l'Akineton, selon le Compendium Suisse des Médicaments, leurs effets secondaires ne représentent que des éventualités susceptibles de se présenter selon les cas. En l'espèce, l'expert n'a pas observé de symptômes ni effets négatifs particuliers - sous réserve de l'influence de facteurs subjectifs difficiles à objectiver (cf. p. 22 du rapport d'expertise du 5 mai 2008) -, liés à la médication. Par conséquent, faute de constats objectifs, il n'est pas possible de retenir les effets indésirables affectant sa capacité résiduelle de travail avancés par le recourant en lien avec la prise de ses médicaments.

Les différentes hospitalisations ont toutes été de durée relativement courte (au maximum dix jours). A l'instar de l'expert, il est permis d'en déduire que les crises qui frappaient le recourant n'avaient alors qu'un caractère passager, le privant momentanément de ses facultés de gestion (crises d'agressivité). L'expert relève qu'actuellement le recourant "semble compensé à tous points de vue" élément qui atteste

d'une évolution médicale favorable avec pour corollaire que, sous l'angle médico-théorique et psychiatrique, l'exigibilité de travail est entière. Cette appréciation médicale est confirmée dans les faits, étant observé que la dernière hospitalisation remonte maintenant à bientôt cinq ans. Force est d'admettre que le suivi articulé mis en œuvre depuis lors (traitement psychiatrique en ambulatoire et médication adaptée) - décrit par les médecins traitant - a effectivement permis une stabilisation de l'état de santé du recourant avec une évolution favorable. En faisant abstraction de la perception personnelle du recourant sur la nature des troubles dont il se dit affecté, sous l'angle médico-théorique et psychiatrique, il n'existe actuellement aucun indice concret attestant d'atteintes durables à la santé susceptible d'empêcher son insertion dans des activités professionnelles exigibles de sa part.

b) Le recourant conteste l'appréciation des rapports médicaux effectuée par l'intimé. Au vu des avis divergents des différents spécialistes consultés (en particulier celui de la Dresse D. _____ du 15 mai 2009), il se justifierait de ne pas attribuer valeur probante aux conclusions de l'expertise du 5 mai 2008 du Dr I. _____. Le recourant livre à cet effet sa propre appréciation des différentes pièces médicales au dossier.

A l'examen des rapports médicaux en question, la cour relève d'emblée que leurs auteurs sont tous des spécialistes en la matière. Les constatations opérées s'agissant du status du recourant apparaissent en tous points identiques, seuls divergent alors les diagnostics retenus. La concordance entre les différents médecins prédomine s'agissant de la description du tableau clinique et de l'anamnèse.

La Dresse D. _____ d' [...] étant chargée de suivre le cas du recourant, lors de son examen de la valeur probante des divers éléments médicaux au dossier, la Cour doit tenir compte du fait que, de par sa position de confident privilégié, cette spécialiste est susceptible de se prononcer en faveur de son patient (cf. consid. 3b supra). Un raisonnement identique prévaut s'agissant des appréciations médicales de

la Dresse W._____, cette dernière ayant également suivi le recourant au début de son traitement.

A l'occasion de l'instruction du présent cas, la réalisation d'une expertise médicale a été confiée, par l'intimé, au Dr I._____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie. L'OAI a ainsi mandaté un médecin exerçant en tant qu'indépendant à Yverdon-les-Bains pour son expertise. En vertu des règles de jurisprudence applicables, la cour de céans ne saurait écarter une expertise établie par un médecin indépendant et neutre agissant sur mandat de l'assureur pour autant que cette expertise satisfasse d'une part, aux exigences pour se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 3b supra) et d'autre part, qu'il n'existe en l'espèce aucun indice concret permettant de douter de son bien-fondé (cf. consid. 3c supra).

L'expertise du Dr I._____ se fonde sur une étude circonstanciée du cas (deux examens cliniques du recourant ainsi que la prise en compte et l'examen de l'ensemble de son dossier assécurologique et médical). Elle contient une anamnèse complète de la situation de l'expertisé, prend en compte les plaintes exprimées par ce dernier, énonce des constatations cliniques ainsi qu'une discussion détaillées. Les diagnostics et les conclusions sont clairs et dûment motivés. Dans cette mesure, l'expertise du Dr I._____ apparaît remplir l'ensemble des exigences pour se voir attribuer valeur probante. Le fait que le Dr I._____ n'expose pas les raisons le conduisant à s'écarter des diagnostics de ses collègues, en particulier celui de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0 CIM-10), ne saurait en aucun cas compromettre la valeur de son expertise.

Hormis la divergence s'agissant des diagnostics retenus, le rapport médical de la Dresse D._____ du 15 mai 2009 ne critique en aucun cas tant la méthodologie employée que la qualité de l'expertise du Dr I._____ ni ne décèle quelques erreurs ou manquements de la part de cet expert dans les éléments factuels pris en compte. Bien au contraire, le status médical posé par la Dresse D._____ s'avère être parfaitement identique à celui de l'expertise, élément qui atteste que la situation

médicale arrêtée par l'expert est exacte. La différence avec le rapport médical établi par la Dresse D. _____ procède ainsi exclusivement d'une appréciation médicale distincte de celle de l'expert I. _____ sur un état de fait clinique en tous points semblable. En présence d'un status médical clair et non discuté et en l'absence de critiques sur la qualité de l'expertise réalisée, il appert en définitive que le dossier remis se compose d'une expertise probante émanant d'un expert neutre et indépendant ainsi que d'avis médicaux divergents de médecins traitants - savoir ceux des Dresses W. _____ et D. _____ -, lesquels ne sont pas susceptibles d'en discuter le bien-fondé. Selon la jurisprudence fédérale, le seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants puissent avoir une opinion contraire ne saurait à lui seul remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). Dans ses conclusions, le rapport médical de la Dresse E. _____ et M. G. _____ établi le 20 février 2007 ne se prononce pas avec clarté et de manière définitive sur la capacité de travail résiduelle du recourant. Il laisse ainsi ouverte la possibilité de l'exercice d'un emploi à temps très partiel selon l'évolution de l'état de santé. Dans ces circonstances, ce rapport médical ne saurait se voir reconnaître valeur probante (cf. consid. 3b supra). Partant contrairement à l'avis du recourant, les diagnostics contraires retenus par la Dresse E. _____ et M. G. _____ ne remettent aucunement en cause les conclusions de l'expertise du Dr I. _____. De surcroît, le dossier ne comporte aucun document médical de la plume de la Dresse E. _____ et M. G. _____ postérieur à l'expertise réalisée qui en contesterait la qualité, respectivement la méthodologie employée.

L'appréciation de l'intimé attribuant valeur probante au rapport de l'expert n'apparaît pas critiquable en l'espèce. De "simples appréciations médicales distinctes" de celles de l'expert, ne critiquant pas la méthode d'analyse ou n'attestant pas d'éléments objectifs ayant été ignorés à tort dans le cadre de l'expertise, ne sauraient à l'évidence remettre en cause la viabilité de l'expertise du Dr I. _____.

c) aa) En présence d'atteintes d'ordre psychique et en application de son devoir d'objectivisation (cf. consid. 3d supra), en page 22 de son rapport, l'expert indique que si du côté subjectif persistent certains troubles, sous l'angle objectif il n'existe en définitive aucune "preuve" concrète attestant des dysfonctionnements découlant des symptômes évoqués par le recourant. Cette analyse est confortée par les autres rapports médicaux et en particulier celui de la Dresse D._____ du 19 mai 2009. Après avoir listé les symptômes somatiques inhérents à ses diagnostics selon la CIM-10 puis rappelé les événements tragiques vécus par le recourant dans son pays d'origine, la Dresse D._____ se prononce à la faveur d'un événement stressant occasionnant un état de stress post-traumatique selon la CIM-10. Faute de disposer d'éléments objectifs à même d'étayer le bien-fondé de son diagnostic, ce psychiatre se limite à relever qu'il "est vraisemblable que M. C._____ ait pu présenter ces symptômes dans les jours qui ont suivi le traumatisme". Plus loin, la Dresse D._____ se réfère au diagnostic de la Dresse W._____ - anciennement en charge du suivi du recourant -, selon rapport médical du 27 février 2007. Elle en déduit que la modification de personnalité diagnostiquée en son temps par la Dresse W._____ peut être considérée comme une séquelle chronique et irréversible de l'état de stress post-traumatique susmentionné. La Dresse D._____ échoue dans l'objectivation de la présence des graves dysfonctionnements dont se plaint son patient. Elle base en effet son diagnostic sur des conséquences probables - non attestées par les faits - qui seraient survenues les jours suivants les événements tragiques vécus par le recourant. Son diagnostic tient également compte de l'avis médical d'un autre psychiatre traitant. Le diagnostic d'épisode dépressif (F32) posé n'apparaît ainsi pas justifié dans le cas présent. En ne retenant pas un tel diagnostic, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, l'expertise du Dr I._____ n'est en aucun cas critiquable.

bb) Concernant le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), ainsi que le SMR l'a mentionné dans son rapport du 26 juin 2009, rien dans l'anamnèse - élément par ailleurs confirmé selon les propres dires du recourant - ne

démontre objectivement que le recourant ait souffert d'une quelconque maladie psychiatrique avant sa première décompensation survenue en mars 2000. Lors des deux examens pratiqués, l'expert n'a en outre relevé aucun ralentissement psycho-moteur, les capacités de concentration, d'attention et de mémoire ayant étant qualifiées de parfaitement normales. Le recourant n'a au surplus montré aucun signe de fatigabilité. A défaut d'éléments probants attestant du contraire et sans se limiter à la perception subjective du recourant vis-à-vis de sa propre situation (ATF 135 V 215 consid. 7.2), l'expertise du Dr I. _____ est, à ce propos, également suffisamment probante.

L'expertise du Dr I. _____ qui consiste en une étude complète du cas du recourant, dont les conclusions sont claires et motivées, satisfait pleinement aux conditions posées par la jurisprudence et a ainsi valeur probante (cf. consid. 5b supra). Le dossier étant complet sur le plan médical, il n'y a pas matière à la mise en œuvre par l'intimé, de mesures d'instruction complémentaires.

6. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. et être mis à la charge du recourant qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). Vu l'issue du litige, le recourant ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 9 novembre 2009 est confirmée.
- III. Un émolument de justice de 500 fr. (cinq cent francs) est mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Dominique Alvarez (pour C. _____),
- 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).

Le greffier :