

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 7 mars 2016

---

Composition : M. NEU, président  
Mme Di Ferro Demierre et M. Dépraz, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jacques Micheli,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 2 et 29 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** Ressortissant portugais entré en Suisse en 1991, G. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1975, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C). Sans formation professionnelle, il a œuvré dès 1997 au service d'une entreprise de génie civil en qualité de manœuvre sur des chantiers routiers.

En date du 21 décembre 2001, l'assuré a fait annoncer un accident survenu le 18 décembre précédent : alors qu'il descendait d'un camion, il a glissé et s'est retenu avec le bras droit, ce qui a provoqué une déchirure musculaire à ce même bras. Il s'en est suivi une incapacité de travail de 100%. L'assureur-accidents a mis fin à la prise en charge des frais médicaux et au versement des indemnités journalières le 29 février 2004.

Par décision sur opposition du 16 août 2004, l'assureur-accidents a octroyé à G. \_\_\_\_\_ une rente d'invalidité fondée sur un taux d'incapacité de gain de 25% dès le 1<sup>er</sup> mars 2004, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%. L'assuré a déféré cette décision au Tribunal des assurances du canton de Vaud (désormais : Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud) lequel, statuant par jugement du 9 septembre 2005, a admis le recours, annulé dite décision et retourné le dossier à l'assureur-accidents. Saisi à son tour d'un recours de ce dernier, le Tribunal fédéral des assurances l'a admis et confirmé l'octroi d'une rente d'invalidité de 26% en faveur de l'assuré (arrêt du 22 novembre 2006).

**b)** Le 13 avril 1999, G. \_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé), sollicitant l'octroi de diverses mesures professionnelles. Il a fait état de douleurs dorsales.

Par décision du 7 juin 2007, l'office AI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> décembre 2002 au 30 juin 2004. Il a en premier lieu retenu que la capacité de travail de l'assuré était considérablement restreinte depuis le 18 décembre 2001 (début du délai d'attente d'un an). Cependant, il a constaté que son état de santé s'était amélioré par la suite et a considéré qu'il était stabilisé dès le 1<sup>er</sup> mars 2004, date à laquelle une capacité de travail entière était raisonnablement exigible de sa part dans une activité réputée adaptée. Procédant ensuite au calcul du préjudice économique, l'office AI a fixé le gain d'invalidité sur la base des salaires statistiques 2002 indexé à 2004 et en tenant compte d'un abattement de 15% en raison des limitations fonctionnelles présentées, ce qui conduisait à un revenu annuel de 49'577 fr. 47. Comparé au revenu annuel sans invalidité de 55'055 fr. auquel l'assuré aurait pu prétendre dans son ancienne activité de manœuvre, il s'ensuivait une perte de gain de 5'477 fr. 53, soit un degré d'invalidité de 9,94%. Inférieur à 40%, ce taux n'ouvrait dès lors pas le droit à une rente. N'ayant pas fait l'objet d'un recours, cette décision est entrée en force. L'assuré a également été mis au bénéfice d'une aide au placement depuis le 8 mars 2007.

**B.** Le 30 mai 2012, G. \_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'office AI. Outre des douleurs au dos, à l'épaule et au bras droits, il a mentionné être suivi sur le plan psychiatrique depuis 2008 en raison d'une dépression.

Se prononçant sur les renseignements médicaux recueillis dans un avis médical du 26 novembre 2012, le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a relevé que l'assuré avait séjourné trois semaines en 2009 en hôpital psychiatrique pour un épisode dépressif moyen à sévère en raison d'idées suicidaires scénarisées (abus médicamenteux ou défenestration). A cela s'ajoutait un syndrome douloureux chronique de l'épaule droite et des lombalgies récurrentes. Au vu de cette évolution, le Dr D. \_\_\_\_\_ a proposé la mise en œuvre d'une

expertise bi-disciplinaire, comportant un volet psychiatrique et rhumatologique.

Dans son rapport du 18 mars 2013, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a constaté que le bilan radiologique était rassurant et qu'il n'y avait pas de troubles dégénératifs. Il a en outre signalé une certaine discordance entre les plaintes, l'impotence fonctionnelle de l'assuré et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'au jour de l'expertise. Dans ce contexte, il s'expliquait difficilement la persistance de douleurs onze ans après un status post algodystrophie. En conséquence, l'expert a considéré que, d'un point de vue purement rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré était totale dans une activité adaptée (accueil, sécurité, magasinier d'objets légers, vente d'objets légers ou de nourriture légère), sans diminution de rendement.

Mandaté par l'office AI pour procéder à l'expertise psychiatrique de l'assuré, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déposé son rapport en date du 28 mars 2013. Il n'a retenu pour seul diagnostic qu'une dysthymie (F 34.1), sans répercussion sur la capacité de travail. L'examen clinique n'a pas montré de signes de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Il a dès lors estimé que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, de même que dans la profession exercée précédemment par l'assuré.

Dans un avis du 29 avril 2013, le SMR, sous la plume du Dr D.\_\_\_\_\_, a fait siennes les conclusions de chacun des experts.

Le 14 mai 2013, l'office AI a informé l'assuré qu'il comptait lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Se fondant sur les expertises des Drs V.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, il a retenu qu'il présentait une capacité de

travail entière dans une activité adaptée, c'est-à-dire excluant les ports de charges supérieures à 1 kg avec le membre supérieur droit et sans mouvements en antépulsion et en abduction de plus de 60° avec l'épaule droite. En l'absence de faits nouveaux depuis la décision du 7 juin 2007, l'office AI a ainsi repris les revenus avec et sans invalidité tels que fixés dans cette dernière, conduisant à un degré d'invalidité de 9,94%.

Par courrier du même jour, l'office AI a fait savoir à l'assuré que les conditions du droit au placement étaient remplies.

Le 10 juin 2013, l'assuré a présenté des objections à l'encontre de ce projet. Il faisait valoir que son état de santé physique et psychique ne lui permettait plus d'exercer une activité professionnelle.

En date du 1<sup>er</sup> juillet 2013, l'office AI a rendu une décision formelle entérinant le refus d'allouer à l'assuré une rente d'invalidité avec une motivation identique à celle du projet du 14 mai précédent. Une lettre du même jour prenait position sur les griefs formulés par l'assuré.

**C.** Par acte du 2 septembre 2013, G.\_\_\_\_\_ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Avec suite de frais et dépens, il conclut à sa réforme en ce sens que son droit à une rente entière de l'assurance-invalidité soit reconnu dès « la date que Justice dira ». Subsidiairement, il demande son annulation et le renvoi de la cause à l'administration pour complément d'instruction et nouvelle décision. Dans un premier moyen, il critique l'appréciation médicale à laquelle l'office AI a procédé, estimant que les rapports d'expertise des Drs V.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ne remplissent pas les conditions pour se voir conférer pleine valeur probante. Il s'ensuit que les pièces au dossier ne permettent pas, selon le recourant, de se prononcer de manière claire sur l'aggravation de son état de santé, cas échéant sur son ampleur, si bien qu'il sollicite la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire neutre. Sous l'angle économique, il reproche à l'office intimé d'avoir repris de manière erronée le salaire de valide déjà retenu dans la décision de 2007 et qu'il aurait réalisé dans sa profession

de manœuvre. Or, il explique qu'au moment de l'accident, il était en train de passer son permis de machiniste. Il avait déjà réussi l'examen théorique et devait encore subir l'examen pratique. Il se formait à la manipulation d'une machine qu'aucun de ses collègues ne savait utiliser, ce qui lui garantissait une embauche une fois le permis obtenu. Le recourant estime dès lors que, sur ce point, la décision de 2007 est inexacte et qu'il convient de recalculer le taux d'invalidité en tenant compte du revenu qu'il aurait réalisé dans la profession de machiniste.

Par décision du 4 septembre 2013, le magistrat instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 20 août 2013 en l'exonérant du paiement d'avances ainsi que des frais judiciaires. Il a désigné Me Anne-Sylvie Dupont, avocate, en qualité de conseil d'office.

Dans sa réponse du 7 octobre 2013, l'office AI relève que, s'agissant de l'aspect médical, le recourant ne fait état d'aucun élément objectivement vérifiable ayant été ignoré dans le cadre des expertises des Drs M. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter de leurs conclusions. Quant au calcul du revenu hypothétique, l'intimé convient qu'il aurait dû tenir compte du revenu que réaliserait le recourant dans la profession de machiniste en 2004, soit 63'073 fr. 55. Comparé au gain d'invalide de 49'577 fr. 47, il s'ensuit un degré d'invalidité de 21,40%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. En conséquence, l'office AI propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

En réplique du 13 février 2014, le recourant produit un rapport médical du 7 février 2014 du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, lequel formule diverses critiques au sujet de l'évaluation réalisée par le Dr M. \_\_\_\_\_, auxquelles le recourant déclare se rallier. Il réitère pour ces motifs sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise. S'agissant du revenu de valide, le recourant fait valoir qu'après introduction de différents éléments tenant compte de son profil sur le calculateur individuel de salaires Salarium (tels que branche économique, région, activité, niveau de qualification, années de service, statut de séjour et taille de l'entreprise), le salaire annuel sans invalidité

se serait élevé à 79'056 fr. en 2010 ainsi que cela ressort de la pièce qu'il produit à l'appui de ses allégations. Rapporté à 2004, soit en tenant compte d'un renchérissement de 5,8%, le salaire sans invalidité serait de 74'722 francs. Si l'intimé devait contester ces chiffres, le recourant se réserve la faculté de requérir une expertise auprès de la Société suisse des entrepreneurs.

Dupliquant le 11 mars 2014, l'intimé se rallie à l'avis de son SMR du 4 mars 2014 joint en annexe, selon lequel les éléments médicaux avancés par le recourant ne permettent pas de remettre en cause les conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_. Dès lors, il propose derechef le rejet du recours et le maintien de la décision entreprise. L'intimé ne s'est pas prononcé sur le revenu hypothétique tel que calculé par le recourant.

A l'appui de ses déterminations du 3 juin 2014, le recourant a produit un nouveau rapport du Dr T.\_\_\_\_\_, daté du 23 mai précédent. Celui-ci relève qu'un diagnostic d'état dépressif moyen à sévère était déjà mentionné dans un rapport du 7 août 2008. Il décrit en outre une situation inchangée par rapport à 2008, ce qui fait apparaître l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_, selon les termes du recourant, comme « un improbable îlot au milieu d'une situation médicale constante. » Ainsi, au vu des contradictions entre les avis figurant au dossier, le recourant maintient sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ou, à tout le moins, psychiatrique.

**D.** Le 1<sup>er</sup> juillet 2014, le magistrat instructeur a mandaté le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins de réaliser l'expertise psychiatrique de l'assuré, avec la précision que celui-ci pouvait s'adjoindre les services d'un ou de plusieurs spécialistes de son choix.

Le 29 octobre 2014, le Dr W.\_\_\_\_\_ a informé le magistrat instructeur qu'il entendait faire appel au Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, pour procéder à l'examen somatique de l'assuré. Dans son rapport du 23 janvier 2015, ce dernier a conclu que la profession de

maçon (sic) n'était plus exigible. En revanche, l'assuré présentait une capacité de travail entière d'un point de vue somatique dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travaux au-delà de 60° d'élévation et d'abduction du membre supérieur droit et sans port de charges supérieures à 5 kg). De son côté, le Dr W.\_\_\_\_\_ a déposé son rapport en date du 19 février 2015. Tout en soulignant la difficulté de poser un diagnostic, il a néanmoins retenu un trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité immature et de personnalité dépendante (F 61.0) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, avec syndrome somatique (F 33.11). Il s'est ensuite exprimé en ces termes à propos de la capacité de travail de l'intéressé :

« Du point de vue psychiatrique, les évaluations de la capacité de travail varient comme c'est malheureusement trop souvent le cas, de l'incapacité totale à la pleine capacité de travail.

Le trouble dépressif que présente M. G.\_\_\_\_\_ a un retentissement sur sa capacité de travail. Les fluctuations de l'intensité du trouble au cours du temps implique qu'il y a des périodes d'incapacité totale de travail. Mais ces périodes d'aggravation et d'incapacité totale de travail ne sont pas majoritaires dans les temps.

M. G.\_\_\_\_\_ a pu mener à bien une activité d'entraîneur de football depuis de nombreuses années. Il a donc montré qu'une capacité de travail résiduelle pouvait être assumée, même s'il s'agit d'une activité particulière et à temps très partiel. Cette activité implique le respect d'horaires de travail, une attention et une concentration, une adaptabilité et la capacité d'avoir des relations interpersonnelles. On peut estimer que cette activité représente vraisemblablement un 10% à 15% d'une activité habituelle de 42 à 44 heures par semaine.

M. G.\_\_\_\_\_ peut travailler dans une activité peu exigeante du point de vue physique, avec des exigences de rendement pas trop élevées et qui ne sont pas dictées par le rythme d'une machine, à raison vraisemblablement de deux à trois heures par jour. En raison de la fluctuation de l'intensité du trouble dépressif, il paraît raisonnable de tenir compte d'une diminution de rendement de l'ordre de 20%.

Ces évaluations sont valables depuis 2012 et aucune modification notable n'est intervenue depuis lors aussi bien en ce qui concerne l'état de santé psychique de M. G.\_\_\_\_\_ que de sa capacité de travail.

Il est vraisemblable que M. G.\_\_\_\_\_ ne mettra pas en œuvre cette capacité de travail résiduelle pour de multiples raisons qui ne sont pas d'ordre médical. Des mesures de réadaptation ne peuvent pas être proposées en raison des troubles psychiques que présente M. G.\_\_\_\_\_ et ne permettraient pas une amélioration notable de la capacité de travail en raison de la chronicité des troubles psychiques. »

Dans sa prise de position du 16 mars 2015, à laquelle était joint un avis de son SMR daté du 9 mars précédent, l'office AI relève que, sur le plan somatique, il n'existe pas de divergence entre les conclusions du Dr M.\_\_\_\_\_ et celles du Dr H.\_\_\_\_\_. En revanche, l'appréciation du Dr W.\_\_\_\_\_ diffère de l'évaluation du Dr V.\_\_\_\_\_, s'agissant des diagnostics retenus, d'une part, et de l'appréciation de la capacité de travail, d'autre part. Bien que le diagnostic de dysthymie retenu par le Dr M.\_\_\_\_\_ soit contestable au vu de la situation psychiatrique antérieure objectivée par plusieurs hospitalisations, la reconnaissance d'une pleine capacité de travail par le Dr M.\_\_\_\_\_ en 2013 ne l'est pas. En effet, la description clinique objective des variations du trouble thymique par le Dr W.\_\_\_\_\_ laisse à penser que le Dr M.\_\_\_\_\_ a vu l'assuré dans une phase de rémission temporaire du trouble thymique. Il s'ensuit que la reconnaissance d'une pleine capacité de travail fondée sur l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ était légitime dans la mesure où, à cette époque, il n'existait aucune limitation psychiatrique incapacitante relevée par cet expert. Partant, l'office AI conclut une nouvelle fois au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Se déterminant par lettre du 4 mai 2015, le recourant fait valoir que, d'un point de vue formel, les expertises administrées ne constituent pas une expertise pluridisciplinaire. Même lu conjointement, chacun des rapports ne permet pas de comprendre sa situation. Sur le fond, il souligne que les conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_ ne sont pas formulées clairement. En outre, il n'analyse pas l'impact de la médication prescrite sur la capacité de travail. Celle-ci ne saurait au demeurant se fonder sur l'activité d'entraîneur sportif déployée à raison de 10 à 15%, dans la mesure où, rétrogradé au rang d'assistant, le recourant ne fait qu'exécuter les ordres de l'entraîneur, si bien que cette activité revêt plutôt un caractère occupationnel. Enfin, contrairement à ce que prétend l'office intimé, le recourant estime qu'il n'y a pas lieu de préférer l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_ à celle du Dr W.\_\_\_\_\_.

**E.** Le 16 juillet 2015, le magistrat instructeur, d'entente avec les parties, a confié au Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et

psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de l'assuré. Déposé le 26 octobre 2015, son rapport s'ouvre par un bref résumé des principales pièces médicales et administratives versées au dossier (pp. 2-5). Il comprend ensuite l'anamnèse de l'intéressé (familiale, personnelle et relative à sa vie privée), décrit les antécédents médicaux et psychiatriques, relate la situation actuelle sur le plan médical et personnel (pp. 5-9). Il rapporte les plaintes exprimées, rend compte de l'observation clinique pratiquée ainsi que du résultat des tests psychologiques et des examens de laboratoire effectués (pp. 9-12). Sur la base de son analyse, l'expert a posé les diagnostics de « trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F 33.1) » et « trouble personnalité borderline (F 60.31). »

Il a conclu son rapport (pp. 13-24) sous l'intitulé « Appréciation finale » par les observations suivantes :

#### **« Résumé du cas**

L'assuré est un ressortissant portugais de 40 ans, divorcé et père d'un fils de 15 ans. Il dit garder de bons contacts avec son enfant et son ancienne épouse. L'intéressé a une amie et semble par ailleurs vivre de façon relativement isolée.

Les antécédents sont ceux de parents décrits comme peu aimants voire maltraitants auprès desquels l'assuré dit qu'il n'a pas eu une enfance heureuse. Il n'a pourtant été véritablement symptomatique qu'au début de l'âge adulte avec une tentative de suicide à 18 ans lors d'une rupture sentimentale, un comportement révolté et bagarreur et l'usage de cannabis, cocaïne et héroïne jusque vers l'âge de 21 ans.

Ce grand sportif qui avait fortement investi son intégrité physique aurait mal accepté une succession de petits problèmes somatiques à savoir les hernies inguinales, l'appendicite, les lésions traumatiques du genou gauche sans gravité et les lombalgies itératives survenues depuis le début des années 1990. Un trauma de l'épaule droite a évolué vers une algoneurodystrophie et des douleurs et des limitations en conséquence. L'intéressé dit n'avoir plus jamais repris son travail depuis lors même si les évaluations médicales successives admettent qu'il devrait être capable d'exercer une activité à 100% dans un emploi respectant ses limitations physiques.

M. G. \_\_\_\_\_ dit que ce n'est qu'à partir du moment où le médecin de la SUVA lui a annoncé qu'il n'attendait plus rien du traitement en cours qu'il a développé une symptomatologie psychiatrique franche. Il est alors essentiellement question d'un trouble dépressif récurrent dont les épisodes sont moyens à sévères.

L'intéressé s'est adressé à un premier psychiatre à partir du mois de février 2008 puis à un deuxième après le décès du premier et semble s'être bien investi dans le traitement spécialisé. Il a été hospitalisé en milieu psychiatrique en 2009 et à deux reprises en 2014 ce qui, pour le soussigné, n'a rien de banal. On doit par conséquent admettre que la situation s'est modifiée depuis la deuxième partie des années 2000.

Actuellement, M. G. \_\_\_\_\_ est l'objet d'un suivi psychiatrique régulier et d'une médication psychotrope conséquente. Il semble être relativement isolé même s'il a une nouvelle compagne. Il dit vivre de l'aide sociale. M. G. \_\_\_\_\_ affirme que son état de santé psychique continue à se dégrader.

### **Appréciation diagnostique**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F32.1)* et un *trouble personnalité borderline (F60.31)*.

#### *Trouble dépressif récurrent*

Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des troubles de l'humeur qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles, selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur. Les troubles bipolaires et les troubles dépressifs (majeurs) sont les maladies les plus graves. La dysthymie et la cyclothymie caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail significative à elles seules.

La CIM-10 (...) et le DSM-IV-TR (...) ont des critères diagnostiques superposables. Pour la CIM-10, l'épisode dépressif répond aux caractéristiques suivantes qui sont définies aux lettres B et C de la description diagnostique.

La lettre B mentionne une première catégorie de symptômes. Il s'agit de l'humeur dépressive la plupart du temps tous les jours et au moins pendant deux semaines (1), de la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables (2) et de la réduction de l'énergie ou de l'augmentation de la fatigabilité (3).

A la lettre C, la CIM-10 retient une deuxième catégorie de symptômes. Il s'agit de la perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi (1), des sentiments injustifiés de culpabilité (2), des pensées récurrentes de mort (3), de la diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer (4), de la modification de l'activité psychomotrice (5), des troubles du sommeil (6) et de la modification de l'appétit avec une variation du poids en conséquence (7).

C'est le nombre et l'intensité des signes et symptômes présents qui permettent d'apprécier la sévérité d'un épisode dépressif qui est classée en légère, moyenne ou sévère:

- L'épisode léger suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes cités à la lettre B et d'au moins un des symptômes cités à la lettre C pour atteindre au moins quatre symptômes.
- L'épisode dépressif moyen suppose la présence d'au moins deux des trois symptômes des critères B et la présence de plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins six symptômes.
- L'épisode dépressif sévère requiert la présence des trois symptômes de la lettre B ainsi que plusieurs symptômes du critère C pour atteindre un total d'au moins huit symptômes.

Dans le cas présent, le soussigné considère qu'on doit retenir deux des symptômes cardinaux d'un épisode dépressif, au vu de l'évolution actuelle de l'intéressé. Il s'agit de la tristesse et de la fatigue anormales. La perte de l'intérêt et du plaisir est présente. Elle a toutefois un caractère inconstant. M. G. \_\_\_\_\_ a des activités de loisirs dans lesquelles il est apte à s'engager et pour lesquelles il a des satisfactions en retour.

Par ailleurs, on peut admettre une diminution de l'estime de soi d'un sujet qui formule un bilan de vie très négatif. Pour le soussigné, il n'y a pas de véritable culpabilité pathologique. Il y a par contre des idées suicidaires récurrentes qui peuvent être scénarisées même si l'expert n'a pas eu l'impression que M. G. \_\_\_\_\_ entendait passer à l'acte dans un avenir immédiat.

L'assuré rapporte par ailleurs des difficultés à penser et à se concentrer ainsi que des troubles du sommeil.

Ce tableau symptomatologique n'est pas en discordance avec la présentation de l'assuré. M. G. \_\_\_\_\_ est authentiquement triste. Il est ralenti. La présentation clinique est bel et bien celle d'un état dépressif. Il n'y a pas d'incohérences.

Au vu de ce qui précède, on doit retenir un épisode dépressif. On doit le qualifier de *moyen*, conformément aux réquisits de la CIM-10 (...) sur ce point. Ce degré de gravité est d'ailleurs corroboré par le score de l'échelle d'évaluation de la dépression du 21.09.2015 qui situe l'intéressé à la limite supérieure de ce degré de sévérité.

Même si le tableau dépressif de M. G. \_\_\_\_\_ relève d'une composante réactionnelle, on est au-delà de ce que désigne un trouble de l'adaptation, au vu de la durée, du nombre et de la sévérité des signes et symptômes présentés. Le diagnostic de trouble de l'adaptation doit dès lors être écarté.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire doit dès lors être écarté.

L'anamnèse parle en faveur d'épisodes dépressifs multiples avec des phases de rémission au vu de ce que notent les différents intervenants au dossier et de ce que rapporte l'assuré. Pour le soussigné, il est dès lors justifié de retenir la *réurrence* et de la noter dans le libellé diagnostique.

Le soussigné a recherché minutieusement d'éventuels *symptômes psychotiques* associés au tableau dépressif, sachant ce qu'ils impliquent en termes de sévérité. Il n'en a pas trouvés dans ce cas.

Le tableau actuel dure probablement depuis plus de deux ans. L'épisode dépressif doit dès lors être qualifié de *chronique*, comme le préconise le DSM-IV-TR dans un tel cas.

Au vu de ce qui précède, on doit poser un diagnostic de *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen)*, selon la terminologie de la CIM-10 ou de *trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen, chronique)*, selon la terminologie du DSM-IV-TR.

Cette appréciation diagnostique rejoint celles qu'on peut trouver au dossier, tout en sachant que la sévérité de l'épisode dépressif a pu varier en intensité (et en imposer à tort pour une dysthymie lors des rémissions partielles).

### *Trouble personnalité borderline*

Dans les classifications psychiatriques modernes, un trouble de la personnalité se définit comme un mode de comportement durable qui apparaît au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui provoque une souffrance et/ou un dysfonctionnement significatifs. Il doit par conséquent être distingué des concepts de caractère, de tempérament, de traits, d'organisation et de structure de personnalité qui ne sont pas assimilables à un trouble psychiatrique (...).

Le DSM-IV-TR (...) et la CIM-10 (...) établissent les critères généraux d'un trouble de la personnalité. Ceux-ci consistent essentiellement en une déviation de la norme qui se manifeste au niveau des cognitions, de l'affectivité, du contrôle des impulsions et des interactions avec les autres.

Lorsque le clinicien a pu observer ces caractéristiques générales, il peut poursuivre sa démarche diagnostique par la recherche d'un trouble spécifique de la personnalité. Le DSM-IV-TR en retient dix qu'il classe en trois groupes (cluster) A, B et C.

Dans le cas présent, le soussigné considère qu'on doit admettre des caractéristiques générales d'un trouble de personnalité. L'intéressé ne s'est jamais véritablement stabilisé dans le monde du travail. Ses premiers contrats ont été cassés, sans que la notion de problèmes de santé physique de peu de sévérité paraisse tout expliquer. Aux débuts de l'âge adulte, il y a aussi notion d'un sujet bagarreur, d'une consommation de drogues et d'un tentamen à l'âge de 18 ans. L'évolution actuelle valide enfin les carences adaptatives. Pour tous ces motifs, le soussigné considère que M. G. \_\_\_\_\_ relève bel et bien des caractéristiques générales d'un trouble de personnalité.

La recherche d'un trouble spécifique de chapitre va dans le sens du trouble de personnalité borderline. L'impulsivité est documentée par les antécédents de toxicomanie et de jeu excessif (machines à sous). On peut aussi admettre la répétition de comportements et de menaces autoagressives. On peut aussi admettre les colères intenses et inappropriées dont ce sujet a parfois peur. On peut enfin

admettre la survenue transitoire d'éléments persécutoires. En l'état, on doit retenir au moins cinq des critères du trouble personnalité borderline ce qui est le minimum requis par le DSM-IV-TR.

Pour les motifs rapportés ci-dessus, le soussigné retient le *trouble personnalité borderline (F60.31)* tel qu'il est décrit par le DSM-IV-TR.

Le fait qu'on soit aux limites inférieures du seuil diagnostique explique probablement le fait que d'autres spécialistes aient retenu un autre trouble de personnalité. Ces divergences d'appréciation n'ont pourtant pas des conséquences concrètes sur l'appréciation assurantielle qui va suivre. L'assuré présente un trouble de personnalité qui est le socle d'une certaine fragilité et l'un des facteurs de la chronicisation de son trouble dépressif, quel que soit le nom qu'on donne à ce trouble.

#### *Autres pathologies psychiatriques*

L'expert a recherché un trouble anxieux spécifique (anxiété généralisée, trouble panique, phobies, obsessions et compulsions, trouble état de stress post-traumatique). Il n'en a pas trouvé.

L'intéressé réfute tout problème avec ses conduites alimentaires. Il n'y a pas d'argument pour un trouble psychotique. Il n'y a pas d'indices pour une atteinte cérébrale organique. L'assuré dit qu'il n'a plus de comportements de jeu excessif.

L'absence de traces d'un problème actuel avec l'alcool et les drogues au dossier, ce rapporte l'assuré à ce sujet, le résultat de l'examen inopiné des urines et la recherche des stigmates d'alcoolisme dans le sang sont autant d'arguments pour écarter un problème de dépendance ou d'abus.

#### **Appréciation du point de vue de la médecine des assurances**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F32.1)* et un *trouble personnalité borderline (F60.31)*.

#### *Trouble dépressif récurrent*

Relier un trouble dépressif à une incapacité de travail est toujours un exercice difficile. Une ligne de conduite pourrait être d'assimiler les épisodes dépressifs sévères à une incapacité de travail, de récuser cette dernière lorsqu'on est face à un épisode qualifié de léger et de laisser la discussion ouverte pour les épisodes dits moyens.

Dans les faits, les choses sont plus complexes. L'appréciation peut rester fortement tributaire des informations données par la personne en cause. La valeur incapacitante des troubles dépressifs est aussi plus liée à certaines de leurs caractéristiques (incapacité à penser, perte d'énergie, baisse d'intérêt, ralentissement) qu'à leur degré de sévérité. L'impression clinique d'un praticien expérimenté et neutre reste certainement le meilleur outil d'une appréciation le plus souvent difficile.

Dans le cas présent, l'assuré relève d'un épisode dépressif moyen qui est actuellement à la limite supérieure de ce degré de sévérité. Le trouble peut poser problème en termes de motivation et de capacité à élaborer des projets, aussi petits soient-ils, sachant le rôle délétère des cognitions négatives liées à tout état dépressif. Il peut générer une diminution du rendement avec la fatigue, la fatigabilité et le ralentissement. Il peut être la cause d'erreurs au travail chez un sujet qui a des difficultés à penser et à se concentrer. Il peut enfin créer des difficultés dans les relations interpersonnelles au vu de l'irritabilité qui peut accompagner certains états dépressifs.

En l'état actuel de la présentation de M. G. \_\_\_\_\_, il paraît justifié de retenir une incapacité de travail significative en raison de cette pathologie dépressive.

#### *Trouble personnalité borderline*

Les troubles de personnalité décrivent un mode durable, voire permanent des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu et qui détermine une souffrance et une altération du fonctionnement.

Dans la règle, un trouble de personnalité vaut essentiellement pour un facteur de chronicité ou de risque pour des troubles de l'axe I du DSM-IV-TR (troubles dépressifs, troubles anxieux, troubles somatoformes) (...).

Il est assez rare qu'un trouble de personnalité puisse avoir valeur incapacitante en soi. C'est exceptionnellement le cas lors de troubles sévères où quasiment tous les critères spécifiques sont réunis.

Dans le cas présent, le trouble personnalité borderline de M. G. \_\_\_\_\_ valide essentiellement un socle de chronicité pour la pathologie dépressive. Pour l'expert il n'est pas suffisamment grave pour être incapacitant en soi. Ce trouble de personnalité valide néanmoins une fragilité et des carences adaptatives ainsi des problèmes dans les relations interpersonnelles, notamment lorsque ce sujet se sent sur-sollicité.

Ce mandat d'expertise impose de se pencher sur la période qui précédait la demande de prestations à l'office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud datée du 21.05.2012 jusqu'à la décision de refus du 01.07.2013 qui fait l'objet du présent recours.

Pour ce motif, il convient de décrire ce qu'on peut connaître de l'évolution de l'intéressé sur cette période.

#### *Evolution de l'assuré jusqu'au 01.07.2013*

Comme l'expert l'a déjà relevé plus haut, l'intéressé ne présentait certainement pas de troubles psychiatriques incapacitants dans les suites immédiates de son accident du 19.12.2002. M. G. \_\_\_\_\_ a été l'objet de trois évaluations psychiatriques par spécialistes :

- celle du 03.10.2002 ne retient qu'un simple trouble de l'adaptation qui est une pathologie considérée comme

transitoire et de peu de sévérité en réaction à un facteur de stress connu,

- celles du 14.07.2003 et du 01.12.2004 ne retiennent pas de signes et de symptômes qui aboutiraient au seuil diagnostique d'un trouble mental et du comportement selon les ouvrages de référence.

Après coup, on apprend tout de même un tentamen à 18 ans et des problèmes de comportement à l'époque, ce qui argumente le trouble de personnalité borderline retenu aujourd'hui. Le trouble n'est pourtant pas suffisamment grave pour valider une incapacité de travail en soi.

A l'occasion de la deuxième demande de prestations à l'office AI, le médecin psychiatre traitant, qui prend en soins l'intéressé depuis 2008, retient un *trouble dépressif récurrent* dont les épisodes dépressifs sont de gravité *moyenne à sévère* (...). Il précise que les effets du traitement restent modestes et qu'il n'y a pas eu de progrès notables depuis le début de la prise en charge. Il souligne les fluctuations cliniques et mentionne des phases dépressives où ce sujet est "presque complètement apragmatique" pendant trois à quatre semaines au minimum.

Pour le soussigné, ce descriptif est convaincant pour les diagnostics posés, en sachant aussi qu'on ne demande pas aux médecins traitants de décrire les signes et symptômes de façon exhaustive, comme c'est le cas dans une expertise. La notion d'apragmatisme retenue par un médecin psychiatre expérimenté valide d'ailleurs d'emblée la gravité de l'état dépressif.

Dans le rapport du 07.08.2009, les médecins psychiatres de l'Hôpital psychiatrique K.\_\_\_\_\_ retiennent également un *épisode dépressif moyen à sévère* sans toutefois noter la récurrence. Leur appréciation se base sur une observation de trois semaines en clinique et sur une anamnèse particulièrement méticuleuse qui rapporte des informations jusque là inconnues au dossier: tentamen à 18 ans, période de toxicomanie aux débuts de l'âge adulte, jeu excessif.

Au vu de la qualité de cette évaluation, on voit mal pour quel motif on s'écarterait de l'appréciation des collègues de l'Hôpital psychiatrique K.\_\_\_\_\_, même s'il ne leur est pas davantage demandé de décrire exhaustivement tous les signes et symptômes qui valident un épisode dépressif moyen à sévère.

Le rapport d'expertise M.\_\_\_\_\_ du 03.04.2013 retient une *dysthymie (F34.1)* qui est un état dépressif chronique de peu de sévérité qui, dans la règle, ne saurait être corrélé à une quelconque incapacité de travail. Pour le soussigné, ce rapport médical ne permet certainement pas d'écarter le trouble dépressif récurrent avec des épisodes moyens à sévères.

- Le fait qu'il n'y ait pas de codification CIM-10 (...) dans le rapport du médecin psychiatre traitant ne permet pas d'envisager un diagnostic similaire à ce que l'expert du 03.04.2013 désigne par dysthymie. Le confrère N.\_\_\_\_\_ a tout de même argumenté son diagnostic. Son libellé

correspond d'ailleurs strictement à ce que la CIM-10 préconise pour le code F33.1 et F33.2.

- Le fait que les évaluations psychiatriques précédentes n'aient pas retenu de trouble dépressif stricto sensu n'est pas davantage un argument pour écarter une aggravation par la suite. Tant le dossier que l'assuré vont dans le sens d'une péjoration depuis le milieu des années 2000. C'est d'ailleurs pour ce motif que le confrère N.\_\_\_\_\_ a rempli une communication de détection précoce le 16.04.2012.

Au vu de ce qu'on sait aujourd'hui, l'expert est convaincu que ce qu'a décrit l'expertise M.\_\_\_\_\_ du 03.04.2013 correspond en fait à un *épisode dépressif alors en rémission partielle* et non pas à une dysthymie. D'autres éléments (impulsivité, tableau particulier par sa fluctuation de l'humeur) doivent être rattachés à ce que comprend le trouble personnalité borderline.

Le soussigné se rallie par contre à l'expert M.\_\_\_\_\_ pour exclure un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ce diagnostic n'a d'ailleurs jamais été formellement retenu au dossier.

La CIM-10 (...) définit le syndrome douloureux somatoforme persistant en passant par les étapes diagnostiques A et B figurant au Tableau 1 ci-après.

---

Tableau 1 :

Le syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10, 1989)

---

- A. Douleur persistante (pendant au moins six mois, en permanence et presque tous les jours), intense, et s'accompagnant d'un sentiment de détresse, n'importe où dans le corps, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique, et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient.
- B. *Critères d'exclusion les plus couramment utilisés.* Le trouble ne survient pas dans le cadre d'une schizophrénie ou d'un trouble apparenté (F20-F29), d'un trouble de l'humeur (affectif) (F30-F39), d'une somatisation (F45.0), d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), ou d'un trouble hypochondriaque (F45.2).
- 

Dans le cas présent, il y a probablement une discordance entre les plaintes douloureuses de l'intéressé et les bases organiques objectives. Cette discordance n'est pourtant pas criante. Les signes de Waddell pour les lombalgies sont par ailleurs négatifs.

La douleur reste localisée (épaule et membre supérieur droits, lombes et membre inférieur droits) alors qu'elle tend plutôt à s'étendre voire à se généraliser en cas de trouble somatoforme. Elle est chiffrée à 6-7/10 ce qui en relativise l'intensité. Elle n'est pas nettement au premier plan, sachant que l'intéressé la met au même niveau que sa problématique dépressive.

Pour le soussigné, il ne paraît pas justifié de retenir le critère A du tableau 1 ci-dessus.

La notion d'un trouble dépressif récurrent moyen à sévère pourrait d'ailleurs exclure le trouble somatoforme, sachant ce qui est prévu à la lettre B du tableau 1 ci-dessus. La pathologie dépressive et les cognitions négatives qui y sont associées pourraient à elles-seules expliquer cette discordance entre les plaintes douloureuses et les bases organiques objectives.

La présentation de l'assuré n'est par ailleurs pas celle d'un douloureux chronique. L'intéressé ne s'est pas continuellement plaint de douleurs en séance. Il ne s'est jamais montré algique. Il est resté assis pendant les deux consultations sans demander à bouger ou à se relever pour soulager ses douleurs. Il n'a jamais grimacé. Il se déplace normalement. Le tableau clinique est celui d'une dépression typique et non pas celui d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

L'expertise judiciaire W.\_\_\_\_\_ du 19.02.2015 retient les diagnostics de trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité immature et de personnalité dépendante (F61.0) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec syndrome somatique (F33.11).

Le soussigné se rallie à l'argumentation diagnostique du Dr W.\_\_\_\_\_ pour le trouble dépressif récurrent. Dans les phases intercritiques de rémission partielle, on comprend que certains examinateurs aient retenu des diagnostics de type dysthymie ou trouble de l'adaptation. Il s'agissait très vraisemblablement des périodes où l'intéressé restait quelque peu symptomatique en dehors des épisodes dépressifs francs.

Le soussigné se rallie également à l'argumentation W.\_\_\_\_\_ qui écarte un syndrome douloureux somatoforme persistant et un trouble de conversion. Le fait que l'intéressé tende à "exclure" son membre supérieur droit en situation d'examen médical n'a rien d'inhabituel dans ce type de situation clinique. Il peut s'agir d'un mécanisme inconscient comme celui bien connu du "syndrome de la blouse blanche" de certains sujets dont la tension artérielle s'élève au cabinet médical alors que les mesures automatiques sur 24 heures donnent des valeurs normales.

Un trouble de conversion a par ailleurs une présentation beaucoup plus dramatique même s'il est parfois accompagné d'un comportement de "belle indifférence" des sujets en cause.

Le soussigné rejoint aussi le confrère W.\_\_\_\_\_ quant à l'existence d'un trouble de personnalité. Il a toutefois préféré le trouble personnalité borderline au trouble mixte de la personnalité pour des motifs qui ont été exposés plus haut.

Le soussigné s'écarte par contre de l'appréciation de la capacité de travail faite par le confrère W.\_\_\_\_\_.

*Capacité de travail de l'assuré*

M. G. \_\_\_\_\_ relève d'un trouble dépressif récurrent dont les épisodes sont le plus souvent moyens à sévères. Ce trouble s'est progressivement installé depuis le milieu des années 2000.

L'intéressé s'est dirigé vers des soins spécialisés *alors qu'il n'était plus demandeur de prestations de l'office de l'assurance invalidité*. On peut dès lors faire l'hypothèse d'une demande de traitement justifiée par la souffrance et le dysfonctionnement consécutifs à la maladie en cause, sans plus. Le fait qu'il ait dû être hospitalisé à trois reprises en milieu psychiatrique n'a par ailleurs rien de banal.

Relier un trouble dépressif à une incapacité de travail est toujours un exercice difficile. Une ligne de conduite pourrait être d'assimiler les épisodes dépressifs sévères à une incapacité de travail, de récuser cette dernière lorsqu'on est face à un épisode qualifié de léger et de laisser la discussion ouverte pour les épisodes dits moyens.

Dans les faits, les choses sont plus complexes. L'appréciation peut rester fortement tributaire des informations données par la personne en cause. La valeur incapacitante des troubles dépressifs est aussi davantage liée à certaines de leurs caractéristiques (incapacité à penser, perte d'énergie, baisse d'intérêt, ralentissement) qu'à leur degré de sévérité. L'impression clinique d'un praticien expérimenté et neutre reste certainement le meilleur outil d'une appréciation le plus souvent difficile.

La difficulté d'appréciation réside dans le fait que l'intéressé passe par des oscillations de l'humeur relativement importantes. Celles-ci ont été soulignées à plusieurs reprises au dossier. Elles sont une caractéristique bien connue du trouble personnalité borderline sachant que certains auteurs tendent à assimiler ce trouble de personnalité à un trouble affectif particulièrement grave.

L'assuré passe par des périodes de quelques semaines où il est hébété et apragmatique. Ces phases sont confirmées et décrites de façon crédible et cohérente par son ancienne épouse que le soussigné a pu entendre en entretien téléphonique individuel (...). A ces moments-là, M. G. \_\_\_\_\_ est totalement incapable de travailler. A d'autres périodes, il va mieux voire beaucoup mieux, même s'il reste très fragile face aux facteurs de stress. Sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations physiques pourrait alors avoisiner un mi-temps ou un 3/4 d'un temps plein.

Toute la difficulté réside à estimer l'incapacité sur la durée compte tenu de ces variations de l'état psychique de l'intéressé et de sa fragilité lorsqu'il est soumis aux tensions même ordinaires d'une activité professionnelle, quelle qu'elle soit.

En appliquant la Mini CIF-APP (...), qui tend à devenir une référence pour évaluer les ressources et de limitations en cas de troubles psychiques, l'expert retient les capacités et les incapacités ci-après.

En dehors de situations de crise, l'intéressé est capable de s'adapter aux règles et routines d'une activité professionnelle. Il l'a montré dans sa capacité de gérer le processus d'expertise. Il a su organiser ses déplacements et donner suite aux demandes de se rendre dans un laboratoire voisin. Il a su quêrir la collaboration de son ancienne

épouse pour qu'elle appelle le soussigné afin de donner des informations. L'assuré conserve des capacités de planification et d'organisation.

M. G. \_\_\_\_\_ est probablement peu endurant bien qu'il ne se soit pas montré gravement fatigable lors des consultations d'expertise qui ont duré 1 h 30 pour la première et 1 h 00 pour la deuxième. Il ne s'agissait néanmoins pas d'investigations de plusieurs heures. L'assuré peut vraisemblablement faire usage des compétences spécifiques qu'il aurait acquises en dehors des situations où il se vit comme sur-sollicité. Il peut aussi s'affirmer adéquatement.

M. G. \_\_\_\_\_ a de grandes difficultés dans ses relations interpersonnelles. Il s'exprime peu. Il relève d'une certaine distance affective. Il se montre rigide et peut être excessivement irritable. Ces limitations posent problème dans une activité où il devrait travailler en équipe ou être en contact avec une clientèle ou dans une grande organisation avec ses exigences d'objectifs, de formation et d'évaluations annuelles.

L'assuré est très pauvre en capacités adaptatives. Il est extrêmement tributaire de son environnement. Il se montre très dépendant de son ancienne épouse et de son fils manifestement "parentifié". Il réagit fortement aux facteurs de stress et peut évoluer rapidement vers des crises lorsqu'il se sent sursollicité.

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère qu'il est justifié de retenir une incapacité de travail psychiatrique moyenne de 60%, même pour une activité adaptée aux limitations physiques de M. G. \_\_\_\_\_. Cette incapacité de travail psychiatrique pourrait remonter à la fin des années 2000 et plus précisément à 2008, soit à la période où l'intéressé a fait la démarche d'une prise en soins psychiatrique en dehors de toute demande de prestations auprès de votre institution.

Ce 60% est vraisemblablement resté globalement constant depuis lors, même si l'intéressé considère que son état de santé continue à se détériorer. Il est vraisemblablement fixé pour une longue durée compte tenu de l'évolution depuis la fin des années 2000 et du facteur de chronicité qu'est le trouble de personnalité sous-jacent.

Le soussigné est convaincu que les limitations psychiatriques de M. G. \_\_\_\_\_ et leurs conséquences sur sa capacité de travail ont été jusqu'ici sous-estimées.

### **Conclusions**

En conclusion, M. G. \_\_\_\_\_ présente un trouble dépressif récurrent dont les épisodes sont moyens à sévères depuis la fin des années 2000. Les phases intercritiques ne sont pas totalement asymptomatiques.

L'intéressé est par ailleurs anormalement fragile face aux facteurs de stress et même face à ceux qu'on rencontre dans une activité professionnelle ordinaire, compte tenu d'un trouble de personnalité qui s'est aggravé.

Pour des motifs qu'il a développé plus haut, le soussigné considère que l'incapacité de travail psychiatrique de l'intéressé est de 60% depuis 2008, soit à la période où l'intéressé a fait la démarche d'une prise en soins psychiatrique. Ce 60% est globalement resté à ce taux jusqu'à ce jour, tout en sachant des variations relativement importantes de la sévérité des troubles psychiques de l'intéressé.

Au vu des ressources qu'il a mentionnées plus haut, le soussigné considère qu'il est raisonnablement exigible de M. G. \_\_\_\_\_ qu'il ait exercé et qu'il exerce encore aujourd'hui une activité professionnelle adaptée à ses limitations physiques à hauteur de 40% depuis 2008.

Actuellement, le traitement est adéquat chez un sujet qui paraît observant de ce qui lui est mis à disposition. L'expert n'a rien à proposer de plus.

Des mesures professionnelles n'ont en ce moment guère de sens chez cet assuré qui ne demande rien sur ce plan et qui se vit comme totalement invalide.

Le pronostic à long terme est réservé. Il est peu probable que l'intéressé évolue favorablement au point qu'il puisse augmenter sa capacité de travail. Le risque suicidaire est à considérer. »

L'expert a conclu son rapport en répondant en ces termes au questionnaire soumis par l'office intimé et auquel le recourant a déclaré se rallier (cf. courrier du 2 juillet 2015) :

#### **« A. Questions cliniques**

##### **1. Anamnèse**

###### **a. Anamnèse professionnelle et sociale**

###### **b. Evolution de la maladie et résultats de thérapies**

###### **c. Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle**

Voir texte

##### **2. Plaintes et données subjectives de l'assuré(e)**

Voir texte

##### **3. Status clinique**

Voir texte

##### **4. Diagnostics (selon classification ICD-10/ DSM-IV-TR)**

###### **a. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail.**

###### **Depuis quand sont-ils présents ?**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un *trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F32.1)* et un *trouble personnalité borderline (F60.31)*.

Le trouble de personnalité remonte aux débuts de l'âge adulte. Il s'est vraisemblablement aggravé ces dernières années. Il n'est pas incapacitant en soi mais il contribue à l'incapacité de travail.

Le trouble dépressif récurrent s'est progressivement imposé dans la deuxième moitié des années 2000.

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

Aucun sur le plan psychiatrique.

***5. Appréciation du cas et pronostic***

M. G. \_\_\_\_\_ présente un trouble dépressif récurrent dont les épisodes sont moyens à sévères depuis la fin des années 2000. Les phases intercritiques ne sont pas totalement asymptomatiques.

L'intéressé est par ailleurs anormalement fragile face aux facteurs de stress et même face à ceux qu'on rencontre dans une activité professionnelle ordinaire, compte tenu d'un trouble de personnalité qui s'est aggravé.

Pour des motifs qu'il a développé plus haut, le soussigné considère que l'incapacité de travail psychiatrique de l'intéressé est de 60% depuis 2008, soit à la période où l'intéressé a fait la démarche d'une prise en soins psychiatrique. Ce 60% est globalement resté à ce taux jusqu'à ce jour, tout en sachant des variations relativement importantes de la sévérité des troubles psychiques de l'intéressé.

Au vu des ressources qu'il a mentionnées plus haut, le soussigné considère qu'il est raisonnablement exigible de M. G. \_\_\_\_\_ qu'il ait exercé et qu'il exerce encore aujourd'hui une activité professionnelle adaptée à ses limitations physiques à hauteur de 40% depuis 2008.

Actuellement, le traitement est adéquat chez un sujet qui paraît observant de ce qui lui est mis à disposition. L'expert n'a rien à proposer de plus.

Des mesures professionnelles n'ont en ce moment guère de sens chez cet assuré qui ne demande rien sur ce plan et qui se vit comme totalement invalide.

Le pronostic à long terme est réservé. Il est peu probable que l'intéressé évolue favorablement au point qu'il puisse augmenter sa capacité de travail. Le risque suicidaire est à considérer.

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

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

***a. Au plan physique***

***b. Au plan psychique et mental***

***c. Au plan social***

Les limitations psychiatriques ont été décrites dans le chapitre de l'appréciation assécurologique et ne sont pas reprises ici.

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

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

***b. Description précise de la capacité résiduelle de travail ?***

***c. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures/jour) ?***

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

**e. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?**

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

Pour des motifs qu'il a développé plus haut, le soussigné considère que l'incapacité de travail psychiatrique de l'intéressé est de 60% depuis 2008, soit à la période où l'intéressé a fait la démarche d'une prise en soins psychiatrique. Ce 60% est globalement resté à ce taux jusqu'à ce jour, tout en sachant des variations relativement importantes de la sévérité des troubles psychiques de l'intéressé.

Au vu des ressources qu'il a mentionnées plus haut, le soussigné considère qu'il est raisonnablement exigible de M. G. \_\_\_\_\_ qu'il ait exercé et qu'il exerce encore aujourd'hui une activité professionnelle adaptée à ses limitations physiques à hauteur de 40% depuis 2008.

### **C. Influences sur la réadaptation professionnelle**

**1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui dans [quel] délai ? Sinon, pour quelles raisons ?**

**2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

**a. Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)**

**b. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?**

Actuellement, le traitement est adéquat chez un sujet qui paraît observant de ce qui lui est mis à disposition. L'expert n'a rien à proposer de plus.

Des mesures professionnelles n'ont en ce moment guère de sens chez cet assuré qui ne demande rien sur ce plan et qui se vit comme totalement invalide.

**3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?**

**a. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il/elle satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?**

**b. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?**

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

**d. Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?**

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

Le soussigné n'a pas de proposition à formuler dans ce cas.

### **D. Remarques**

Le pronostic à long terme est réservé. Il est peu probable que l'intéressé évolue favorablement au point qu'il puisse augmenter sa capacité de travail. Le risque suicidaire est à considérer. »

Dans ses déterminations du 11 novembre 2015, le recourant considère que l'expertise du Dr J. \_\_\_\_\_ revêt toutes les qualités pour se voir conférer une pleine valeur probante. Tout en se ralliant à la capacité de travail que l'expert évalue à 40% d'un point de vue médico-théorique, le recourant observe qu'il met également en lumière un certain nombre d'éléments qui plaident en défaveur de l'exigibilité de la mise en œuvre de la capacité de travail résiduelle. Il en déduit que l'exercice d'une activité dans l'économie libre ne lui est pas accessible, dès lors que les limitations fonctionnelles décrites par l'expert font obstacle à la réintégration d'une structure économique de l'économie libre. Seul paraît envisageable un travail occupationnel dans le cadre d'un atelier protégé. Si la Cour de céans devait néanmoins se rallier à une capacité de travail de 40% telle que fixée par l'expert, le recourant fait valoir que ses maigres qualifications et sa capacité de travail à temps très partiel justifie un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé.

A l'appui de sa prise de position du 19 novembre 2015, l'intimé a joint un avis médical du SMR daté du 12 novembre précédent. Il en ressort que ce dernier reconnaît la pertinence de l'appréciation circonstanciée du Dr J. \_\_\_\_\_ et déclare se rallier à ses conclusions.

**F.** Le 17 décembre 2015, Me Dupont a fait parvenir au tribunal la liste des opérations effectuées pour la période du 20 août 2013 au 17 décembre 2015, ce qui représente un total de 19 heures travaillées et 73 minutes, soit un solde en sa faveur de 3'835 fr. 50. Ce montant comprend les honoraires à hauteur de 3'551 fr. 40, auxquels s'ajoute la TVA au taux de 8%, par 284 fr. 10. Aucun débours n'est facturé.

Par décision du 18 janvier 2016, le magistrat instructeur a relevé Me Anne-Sylvie Dupont de sa mission et désigné en remplacement Me Jacques Micheli en qualité de conseil d'office de l'assuré dans le cadre de la présente procédure.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** En l'occurrence, doit être tranchée la question de savoir si l'assuré présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente entière d'invalidité à compter d'une date à déterminer par le tribunal.

**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). 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 al. 1 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 (première phrase).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

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 (art. 16 LPGA).

**b)** Pour l'évaluation de l'incapacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C\_922/2013 du 19 mai 2014 consid. 3.2.1).

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner

objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (TF 9C\_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

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 351 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

En ce qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. 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 consid. 3a et les références ; TF 9C\_171/2013 du 27 novembre 2013 consid. 3.1).

4. En l'espèce, tenant compte, d'une part, des critiques formulées par le recourant à l'endroit de l'expertise du Dr W. \_\_\_\_\_ et s'avisant, d'autre part, de l'appréciation divergente des Drs W. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de l'assuré, le magistrat instructeur a confié au Dr J. \_\_\_\_\_ le soin d'effectuer une nouvelle expertise psychiatrique de l'intéressé.

a) Dans son rapport du 26 octobre 2015, le Dr J. \_\_\_\_\_ pose les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) (F 32.1) et de trouble de la personnalité borderline (F 60.31). Selon l'expert, l'assuré relève d'un épisode dépressif moyen à la limite supérieur de ce degré de sévérité. Le trouble peut poser problème en termes de motivation et de capacité à élaborer des projets, aussi petits soient-ils, sachant le rôle délétère des cognitions négatives liées à tout état dépressif. Il est susceptible d'entraîner une diminution de rendement, avec la fatigue, la fatigabilité et le ralentissement. L'expert n'exclut par ailleurs pas que ce trouble soit la cause d'erreurs au travail chez un sujet qui a des difficultés à penser et à se concentrer. Il peut enfin créer des difficultés dans les relations interpersonnelles au vu de l'irritabilité accompagnant parfois certains états dépressifs. Ce trouble, dont les épisodes sont le plus souvent moyens à sévères, s'est progressivement installé depuis le milieu des années 2000. S'agissant en revanche du trouble de la personnalité borderline, l'expert explique qu'il n'est pas suffisamment grave pour être incapacitant en soi, même s'il valide un socle de chronicité pour la pathologie dépressive. Il est néanmoins à l'origine d'une fragilité et de carences adaptatives ainsi que de problèmes dans les relations interpersonnelles, notamment lorsque l'assuré se sent sur-sollicité. Dans ce sens, il contribue à réduire la capacité de travail. A cet égard, le Dr J. \_\_\_\_\_ souligne que la difficulté d'appréciation réside dans le fait que l'intéressé passe par des oscillations de l'humeur relativement importantes. Il explique que l'assuré traverse des périodes de quelques semaines durant lesquelles il est hébété et apragmatique. Durant ces moments-là, l'intéressé est totalement incapable de travailler. A d'autres périodes, il va mieux, voire beaucoup mieux, même s'il reste très fragile face aux facteurs de stress. Compte

tenu de ces variations de l'état psychique et de la fragilité de l'assuré lorsqu'il est soumis aux tensions même ordinaires d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit, l'estimation de l'incapacité de travail sur la durée se révèle une question délicate. L'expert relève néanmoins que, en-dehors de situations de crise, l'assuré est capable de s'adapter aux règles et routines d'une activité professionnelle, ce qui lui fait dire qu'il conserve des capacités de planification et d'organisation. Il considère ainsi qu'il est raisonnablement exigible de l'assuré qu'il exerce encore une activité professionnelle adaptée à ses limitations physiques à hauteur de 40%. De l'avis du Dr J.\_\_\_\_\_, cette capacité existe depuis 2008, soit à la période où l'intéressé a entrepris des démarches en vue d'une prise en charge psychiatrique. En l'absence de variations significatives, ce taux est globalement resté constant depuis lors. Il précise que des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez un assuré qui ne demande rien sur ce plan et se vit comme totalement invalide. Réservant son pronostic à long terme, l'expert doute que l'intéressé évolue favorablement au point qu'il puisse augmenter sa capacité de travail. On précisera encore que, dans la mesure où, sur le plan somatique, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée (cf. les rapports des Drs V.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_), seule la capacité de travail exigible au niveau psychiatrique est déterminante pour l'évaluation de l'invalidité.

**b)** Le rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2015 satisfait aux réquisits jurisprudentiels résumés ci-avant (cf. considérant 3c ci-dessus) pour se voir conférer pleine valeur probante. Fruit d'une analyse fouillée du cas, il rapporte les plaintes exprimées par l'assuré, comporte l'anamnèse circonstanciée de ce dernier et décrit le contexte médical. Reposant sur des examens complets, il contient une appréciation claire de la situation médicale tout en procédant d'une approche nuancée d'un cas particulièrement délicat et débouche sur des conclusions médicales dûment motivées. Celles-ci peuvent donc être suivies. Elles ne sont au demeurant pas contestées par les parties.

**c)** Cela étant, puisque la capacité de travail de 40% relève d'une appréciation médico-théorique de l'expert J.\_\_\_\_\_, on pourrait se

demander, à l'instar du recourant, dans quelle mesure il serait à même de mettre en œuvre dite capacité dans une activité réputée adaptée à ses limitations physiques sur un marché du travail équilibré (cf. sur ce point TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références) au sens de l'art. 7 LPGA. Il ressort du rapport d'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ que la capacité de 40% est tributaire de l'absence de crises, au demeurant guère prévisibles. En outre, l'assuré est peu endurant, connaît de sérieux problèmes relationnels, est pauvre en capacités adaptatives, se montre rigide et irritable. A cela s'ajoute un risque persistant de suicide. Au regard de ces éléments, le renvoi à une activité dans l'économie libre paraît irréaliste, ce qui limite d'autant les chances réelles d'une réintégration dans le monde du travail. On peine en effet à concevoir qu'un employeur puisse consentir à engager un collaborateur affecté de troubles psychiques réduisant dans une large mesure sa fiabilité. En pareilles circonstances, la Cour de céans devrait dès lors retenir, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation (cf. considérants 3b et 3c ci-dessus), la vraisemblance d'une incapacité totale de travail et, partant, une invalidité complète.

Cette question souffre toutefois de demeurer indécise en l'état, dès lors que, même en retenant une capacité de travail médico-théorique de 40%, le calcul du degré d'invalidité conduit à l'octroi d'une rente entière, comme on va le voir au considérant suivant.

**5. a)** Sous l'angle économique, l'assuré ne soulève aucun grief à l'encontre du revenu d'invalidité tel qu'arrêté par l'office AI. En revanche, il estime que le salaire sans invalidité retenu en 2007 se fonde sur des données erronées, en tant qu'il présuppose qu'il aurait continué de travailler dans la profession de manœuvre. Or, il explique qu'au moment de son accident, en 2001, il était en train de passer son permis de machiniste. Il avait déjà réussi l'examen théorique et devait encore subir l'examen pratique. Il ajoute qu'il se formait alors à la manipulation d'une machine qu'aucun de ses collègues ne savait utiliser, ce qui devait lui garantir une embauche une fois le permis obtenu. Le recourant s'est dès lors attaché à déterminer le revenu que percevrait un machiniste. Ainsi

que cela ressort du document issu du calculateur de salaires Salarium et que le recourant produit en annexe à sa réplique du 13 février 2014, le salaire annuel d'un machiniste serait de 79'056 fr. en 2010. Rapporté à 2004, le salaire sans invalidité serait de 74'722 francs. L'office intimé n'ayant pas remis en cause ce dernier montant, il y a dès lors lieu de le tenir pour admis. Comparé à un revenu d'invalidé de 58'326 fr. 44, réduit à 40%, soit à 23'330 fr. 57 et compte tenu d'un abattement d'un 15% - qui s'avère correct au regard de la situation du recourant et que celui-ci ne remet d'ailleurs pas en cause (cf. écriture du 11 novembre 2015) -, soit en définitive 19'830 fr. 98, il s'ensuit une perte de gain de 54'891 fr. (montant arrondi) correspondant à un degré d'invalidité de 73,36%, ce qui ouvre le droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI).

**b)** Subsiste la question de la naissance de cette prestation.

En l'espèce, l'assuré a déposé sa demande de prestations en date du 30 mai 2012. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à partir de la date à laquelle l'intéressé a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré. Il s'ensuit que le droit à la rente a débuté au plus tôt le 1<sup>er</sup> novembre 2012 (cf. art. 29 al. 3 LAI) (TF 9C\_896/2014 du 29 mai 2015 consid. 4.1.2).

**6.** En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne la réforme de la décision entreprise, en ce sens que l'assuré est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2012.

**7.** **a)** Le recourant a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Anne-Sylvie Dupont à compter du 20 août 2013 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le 17 décembre 2015, Me Dupont a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure du 20 août 2013 au 17 décembre 2015. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 19 heures et 73 minutes au total, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). On précisera encore qu'en l'absence de liste de débours, il se justifie de fixer l'indemnité forfaitaire de 100 fr. pour les débours, sans qu'il y ait lieu de retenir un montant plus élevé (art. 3 al. 3 RAJ).

Ainsi, Me Dupont a droit à une indemnité de 3'943 fr. 50, TVA au taux de 8% comprise, pour l'ensemble de l'activité déployée dans le cadre de la présente procédure.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

**b)** Ayant procédé par l'intermédiaire d'une mandataire professionnelle, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 2'500 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI et 4 al. 2 TFJDA).

Il sera encore précisé que l'indemnité de dépens devra être imputée sur le montant de l'indemnité d'office versée à Me Dupont au titre de l'assistance judiciaire.

**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 1<sup>er</sup> juillet 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que G. \_\_\_\_\_ est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2012.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Me Anne-Sylvie Dupont une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).
- V. Les dépens sont complétés par une indemnité d'office de 3'943 fr. 50 (trois mille neuf cent quarante-trois francs et cinquante centimes), débours et TVA compris, allouée à Me Anne-Sylvie Dupont, conseil du recourant.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité de conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

**VII.** L'indemnité de dépens devra être imputée sur le montant de l'indemnité d'office versée à Me Anne-Sylvie Dupont au titre de l'assistance judiciaire.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Jacques Micheli, avocat (pour G. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :