

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 août 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Berberat et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Rossi

Cause pendante entre :

L._____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier,
avocat auprès d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Le 8 décembre 2009, L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ingénieur informaticien, né en 1955, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un rapport du 18 décembre 2009, le Dr D._____, spécialiste en cardiologie, a posé les diagnostics suivants :

- Maladie coronaire (1995) :
 - pontage aorto-coronarien (1995)
 - dilatation coronaire (11.10.2009)
 - dilatation coronaire (19.10. 2009)
 - dilatation coronaire (13.11.2009)
- Diabète (2009)
- Hypertension artérielle sévère (1995).

Il a en outre mentionné une fatigue, un trouble de concentration, un trouble de mémoire et un état anxio-dépressif sur la situation médicale. Le pronostic était réservé, vu la progression de la maladie coronaire (première intervention en 1995, puis deux dilatations coronaires récemment). Il a indiqué que la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle.

Le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les mêmes diagnostics dans un rapport du 31 décembre 2009, en ajoutant celui de psoriasis sévère. Il a mentionné un état anxio-dépressif, un angor résiduel, une aggravation du psoriasis cutané et l'apparition d'un diabète type 2 insulino-requérant. Son pronostic était réservé, vu la progression de la maladie coronarienne, l'âge, le stress et l'apparition du diabète insulino-requérant. Il attestait d'une incapacité de travail totale dans l'activité d'informaticien depuis le 10 octobre 2009. S'agissant des

restrictions, il indiquait qu'il fallait éviter le stress et le travail physique manuel.

Dans un rapport du 19 janvier 2010, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé, en plus des diagnostics déjà retenus, celui de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée depuis 2001. Il a en outre mentionné notamment ce qui suit :

« Venu en Suisse à 21 ans. Marié en 1982 à une Suissesse, un fils de 25 ans actuellement. Formation comme ingénieur en informatique, puis travaille 14 ans comme informaticien à l'entreprise N._____. [...] Fort investissement dans son activité professionnelle. Licenciement pour raisons économiques en 2001 suite à une fusion (avec [...]). Vit ce licenciement comme un traumatisme majeur ; présente un état dépressif dans les suites du licenciement. Cherche un autre emploi, n'en trouve pas, quitte sa famille et va en Angleterre pour trouver du travail, activité comme informaticien pendant 2 ans ½. Contacté par l'entreprise M._____ à [...], quitte son emploi en Angleterre, revient en Suisse, licenciement après deux mois en 2007 alors que l'entreprise est en difficulté économique. Depuis lors, recherches inutiles d'un nouvel emploi. Chômage de novembre 2007 à juin 2009. Dans le courant de 2009, aggravation des troubles coronariens (avait dû subir un pontage en 1995), découverte d'un diabète. Les troubles physiques de l'assuré entraînent des répercussions psychiques dans le sens d'une aggravation des troubles dépressifs. Depuis lors, vit retiré chez lui, inactif et ruminant des pensées négatives ».

Il a en outre exposé que les symptômes actuels étaient les suivants :

- « - lassitude, fatigabilité accrue ;
- sentiment de tristesse ;
- perte de la joie de vivre, du plaisir dans les activités habituellement investies ;
- tendance à l'isolement, évitement des contacts sociaux ;
- pessimisme quant à l'avenir, absence de perspectives, incapacité de former des projets ;
- sentiment d'infériorité, tendance à l'autodévalorisation,
- sentiment d'échec généralisé ; ruminant de pensées négatives ;
- fait de vivre ses troubles somatiques comme confirmation de son vécu d'échec.
- troubles du sommeil, cauchemars fréquents ;
- difficultés de concentration ;
- baisse de son efficacité professionnelle (pour les périodes où il a eu une telle activité) ;

- impression d'être bloqué, ralenti dans ses mouvements, alternant avec :
- moments d'agitation, tendance à tourner en rond sans but dans son appartement ;
- difficulté, voire incapacité à s'impliquer dans des activités même simples ».

Comme restrictions, il a indiqué des troubles de la concentration et de la difficulté à s'investir dans des tâches même simples, l'incapacité de travail étant totale depuis le 25 mai 2009. Le traitement consistait en une psychothérapie de soutien et une médication antidépressive.

Selon un rapport de l'employeur, M. _____, du 4 février 2010, l'assuré a travaillé dans cette société comme technicien du 1^{er} septembre au 5 novembre 2007, son contrat ayant été résilié pour période d'essai non satisfaisante.

Le 22 mai 2010, le Dr W. _____ a écrit à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) que l'état de santé de l'assuré ne s'était pas modifié depuis son dernier rapport et que l'intéressé n'était actuellement pas capable de suivre une mesure de réinsertion, ni d'être réinséré directement dans l'économie.

Le 23 août 2010, le Dr D. _____ a écrit au Dr F. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), avoir revu l'assuré le 8 juin 2010 avec une évolution qui restait acceptable sans récurrence d'angor, mais avec une fatigabilité globale réduisant notablement la tolérance à l'effort. Il a joint le résumé des trois séjours de courte durée effectués par l'assuré au Centre hospitalier K. _____ les 7, 9 et 31 juillet 2010 en expliquant qu'il s'agissait soit de douleurs thoraciques atypiques, soit de malaise orthostatique. Il a estimé que les conclusions de son rapport antérieur étaient inchangées, une incapacité de travail de 50% lui semblant en relation avec la situation médicale cardiologique de son patient.

Le Dr H._____, spécialiste en cardiologie, a été mandaté expert par l'OAI. Il résulte de son rapport du 13 décembre 2010 notamment ce qui suit :

« *4.1. Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :*

Maladie coronarienne des trois vaisseaux avec :

- Infarctus antéro-septal sans onde Q le 16.11.1995
- Triple pontage le 21.11.1995
- Angioplastie du pont sur la coronaire droite avec pose de stent le 11.10.2009
- Angioplastie de la circonflexe distale le 19.10.2009
- Angioplastie avec stent sur la circonflexe proximale le 13.11.2009
- Fraction d'éjection normale, sans trouble régional de la contractilité
- Status coronarien fin 2009 : pont mammaire sur l'artère interventriculaire antérieure perméable ; pont veineux sur la coronaire droite avec stent ; pont veineux sur la circonflexe occluse ; stent de la circonflexe proximale et sténoses distales de la circonflexe.
- Probable ischémie silencieuse à l'effort maximal en décembre 2010

4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Hypertension artérielle depuis 1995, actuellement insuffisamment traitée par bithérapie
- Dyslipidémie depuis 1995
- Psoriasis sévère depuis 1995
- Troubles de l'adaptation et réaction dépressive depuis 2001
- Diabète de type 2 depuis mai 2009, insulino-requérant depuis octobre 2009
- Cataracte bilatérale (avec opération à l'œil gauche en janvier 2010)
- Excès pondéral depuis 2009

5. Appréciation du cas et pronostic :

La maladie coronarienne est stable depuis une année et ne limite pas les capacités physiques de l'assuré ; il existe une probable ischémie silencieuse au pic du test d'effort mais elle ne survient que dans des circonstances particulières avec des efforts très importants, elle ne s'accompagne pas de douleurs thoraciques et elle est susceptible de s'améliorer avec un traitement médicamenteux plus important. Toutefois, la récurrence de la maladie coronarienne en 2009 a atteint l'assuré de façon importante dans sa confiance en lui alors qu'il était déjà dans une situation socio-professionnelle délicate. Le pronostic à moyen et long terme est réservé car il persiste plusieurs facteurs de risque difficiles à corriger : une sédentarité, une hypertension artérielle

insuffisamment traitée et un diabète difficile à équilibrer, ainsi qu'un taux de HDL cholestérol qui demeure bas. Une aggravation de la maladie avec apparition d'angor ou d'infarctus est parfaitement possible au cours des prochaines années.

On a l'impression d'être en face d'un assuré qui a parcouru un long chemin socio-professionnel chaotique et qu'il n'a plus de ressources pour avancer. Les problèmes médicaux, en particulier cardiaques, ne font qu'aggraver une situation qu'il juge irrémédiable et sans avenir. Seules des mesures énergiques seraient à même de le sortir de son isolement social et de le réinsérer dans un milieu socio-professionnel.

B. Influence sur la capacité de travail :

1. Limitations en relation avec les troubles constatés

Sur le plan physique, la maladie coronarienne, jointe à l'hypertension artérielle et au diabète, ne permettent plus à l'assuré des activités physiques vigoureuses ni des activités modérées de façon soutenue.

Sur le plan psychique et mental, l'assuré se sent dévalorisé, dépassé sur le plan professionnel et n'entrevoit pas de possibilités professionnelles concrètes.

Sur le plan social, il paraît très isolé et n'a plus de contact avec le monde professionnel depuis 2007.

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

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

La maladie coronarienne n'empêche pas une activité d'informaticien.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail :

Il existe une capacité résiduelle de travail comme informaticien, qui n'exige pas d'efforts soutenus.

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

Une activité d'informaticien est exigible, à temps complet.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Une diminution de rendement est probable en raison de l'inactivité prolongée, des troubles de concentration et de mémoire (à évaluer dans des situations concrètes) et de la fatigabilité provoqués par l'hypertension et le diabète.

2.5 Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail 20% au moins ?

Une incapacité de travail à 100% existe en octobre et novembre 2009.

lors ?

Une reprise progressive du travail est théoriquement possible à 50% en décembre 2009 puis à 100% dès 2010, tout en admettant une diminution de rendement d'au moins 20% en 2010.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle :

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

Du point de vue cardiovasculaire, des mesures de réadaptation sont envisageables immédiatement. En cas de participation à un programme de réadaptation cardiovasculaire ambulatoire, une amélioration de l'état général et des capacités physiques paraît possible au bout de un à deux mois.

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

2.1 Une reprise d'une activité professionnelle d'informaticien paraît possible et serait facilitée par un encadrement adéquat, en particulier pour faciliter une remise à niveau et une actualisation des connaissances.

2.2 Ces mesures sont susceptibles de permettre à l'assuré de retrouver une activité professionnelle. D'éventuelles limitations provoquées par des troubles de mémoire ou de concentration devront être évaluées concrètement.

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

3.1 Le lieu de travail et l'activité ne doivent pas comporter d'exigences physiques moyennes ou soutenues. Des travaux de bureau sont possibles.

3.2 Une activité adaptée peut être exercée à temps complet.

3.3 Une diminution de rendement est possible, surtout pendant la phase de reprise des activités professionnelles, supérieure à 20% et susceptible de s'améliorer progressivement ».

Mandatée experte par l'OAI, la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi son rapport le 10 janvier 2011. Il en résulte notamment ce qui suit :

« DIAGNOSTICS

Diagnostic(s) ayant des répercussions sur la capacité de travail

- **TROUBLE DE L'ADAPTATION AVEC REACTION DEPRESSIVE PROLONGEE F43.21, COMPLIQUE PAR UNE**
- **PERSONNALITE A TRAITS DEPENDANTS F60.7**

Diagnostic(s) sans répercussion sur la capacité de travail

Aucun sur le plan psychiatrique Z 71.1

APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit d'un assuré âgé de 55 ans, [...] établi en Suisse depuis 1977. Au bénéfice d'un diplôme d'informaticien obtenu à [...] en 1987, l'assuré travaille d'abord pour l'entreprise N. _____ entre 1989 et un licenciement économique en 2001, puis en Angleterre entre février 2005 et juillet 2007 avant de retrouver un emploi d'ingénieur système technicien pour l'entreprise M. _____ dès septembre 2007 dont il essuie un licenciement immédiat en novembre 2007. Après avoir émarginé au chômage durant deux ans, l'assuré est mis en arrêt de travail total suite à une atteinte coronarienne le 10 octobre 2009. Les certificats médicaux sont repris actuellement par le psychiatre traitant.

Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse familiale de l'expertisé est vierge sur le plan des maladies strictement psychiatriques, mais plusieurs notions de suicides sont mises en corrélation avec des difficultés socio-économiques.

Sur le plan personnel, l'assuré signale que ses souffrances ont débuté à l'occasion de son premier licenciement en 2001, qu'il a vécu comme un traumatisme en raison du caractère considéré comme inhumain de ce geste. Ne retrouvant pas d'emploi en Suisse, il signe un contrat en Angleterre puis revient à Lausanne auprès de l'entreprise M. _____ en septembre 2007. Deux mois plus tard, il essuie un nouveau licenciement qu'il qualifie également d'inhumain, ce qui aggrave encore sa souffrance. Plusieurs atteintes somatiques à la santé se surajoutent (atteinte cardiaque avec poses de stents coronariens, hypertension artérielle, diabète de type II, cataracte et douleurs articulaires).

À l'examen de ce jour, il s'agit d'un assuré vif et collaborant, dont les capacités intellectuelles sont bien présentes. L'entretien met en évidence une importante souffrance liée à un sentiment de dévalorisation, d'exclusion sociale et de dépendance par rapport à son entourage. Une certaine composante culturelle est relevée, puisque l'expertisé mentionne que dans son milieu d'origine à [...], les entourages familiaux et sociaux sont beaucoup plus chaleureux et humains.

Quant aux atteintes psychiatriques à la santé, l'examen de ce jour met en évidence une composante dépressive d'intensité légère à caractère réactionnel, associée à de fortes préoccupations par des atteintes physiques à la santé que l'intéressé considère comme insurmontables, ce qui accentue encore sa souffrance psychique.

À ce titre, étant donné que l'absence d'activité professionnelle (et donc de revenu) est la principale cause de la souffrance de l'expertisé, une reprise d'activité professionnelle permettrait non seulement de réinsérer l'expertisé dans le tissu social, de palier à son sentiment de dévalorisation et de dépendance, mais aussi d'apporter un sentiment de réparation pour soulager son amertume face aux licenciements dont il a fait l'objet dans le passé.

Afin de s'enquérir de l'état de santé cardiologique et des limitations fonctionnelles cardiaques, l'expert psychiatre a pris la liberté de téléphoner à l'expert cardiologue, le Dr H. _____, le jour de

l'examen. Cet expert mentionne que l'état cardiaque est actuellement stable et que l'exercice d'une activité sédentaire (telle qu'informaticien) est exigible à plein temps.

Le psychiatre traitant, le Dr W. _____, a été également contacté par téléphone le jour de l'examen : il mentionne que son patient vient d'une manière ponctuelle, sans rendez-vous régulier. Il dit n'avoir prescrit, pour tout antidépresseur, que le Cymbalta® ; il ignorait que son patient prenait également du Citalopram. Ce psychiatre considère comme envisageable la mise en place des mesures d'ordre professionnel.

Face aux documents médicaux en notre possession

- Les rapports médicaux du psychiatre traitant, le Dr W. _____, datant du 19 janvier et du 22 mai 2010, font état d'un diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée depuis 2001. Bien que ce diagnostic soit confirmé à l'examen de ce jour, sa composante incapacitante n'est pas absolue puisque l'intéressé a travaillé depuis 2001. De plus, ce médecin mentionne que des mesures professionnelles pourraient être appliquées à l'avenir.
- Quant aux rapports médicaux du médecin traitant, le Dr J. _____, datés du 31 décembre 2009 et du 23 avril 2010, le diagnostic d'état anxio-dépressif diffère peu de l'appréciation psychiatrique et peut être compatible avec l'observation de ce jour. Quant à l'exigibilité professionnelle, étant donné que ce rapport n'en différencie pas l'origine psychiatrique ou somatique, la capacité de travail mentionnée de 20 à 30% dans une activité adaptée est difficile à interpréter. Étant donné que la souffrance psychiatrique prend un caractère réactionnel à l'inactivité professionnelle, il apparaît comme opportun de soutenir l'expertisé dans une reprise professionnelle totale.
- Quant au rapport médical du Dr D. _____ daté du 18 décembre 2009, la mention d'état anxio-dépressif survenant sur la situation médicale confirme le caractère réactionnel de la souffrance psychiatrique. L'exigibilité professionnelle de 50% dans une activité adaptée n'est que peu documentée (l'origine psychiatrique ou somatique des limitations n'est pas différenciée).

[...]

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

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

Sur le plan physique

Cf. rapport d'expertise du Dr H. _____.

Sur le plan psychique et mental

Les limitations sont essentiellement liées aux traits dépendants de sa personnalité ; elles sont secondaires aux sentiments de dévalorisation et d'exclusion sociale que vit l'expertisé dans la

situation actuelle. Une aide sous forme de MOP peut palier à ces limitations et permettre une exigibilité professionnelle totale dans l'activité habituelle.

Sur le plan social

Aucune limitation.

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

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

Etant donné que la perte d'emploi est la cause des troubles et des symptômes observés, la reprise d'une activité professionnelle à plein temps permettra à l'assuré de retrouver son état de santé psychiatrique habituel (comme lorsqu'il travaillait).

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Elle sera entière dès la mise en place de MOP sous forme d'un soutien dans la reprise d'emploi. Un réentraînement au travail et une mise à jour des connaissances peuvent augmenter les chances de l'intéressé à retrouver et à garder son nouveau poste.

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

Une activité de ce type est encore exigible à un taux qui pourra atteindre un 100% (par exemple 8h par jour) dès que la prise en charge en MOP pourra avoir lieu.

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

Non.

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

L'assuré a été mis en arrêt de travail total lors d'une récurrence de son atteinte cardiaque le 10 octobre 2009. Cette mise en arrêt de travail apparaît comme médicalement justifiée pour des raisons cardiologiques.

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

Dès stabilisation de la symptomatologie cardiaque, la symptomatologie dépressive de l'expertisé a pu justifier médicalement le maintien de la mise en arrêt de travail total, par le fait que les traits dépendants de sa personnalité aient pu rendre plus difficiles les démarches de reprise d'emploi. Ainsi, dès la mise en place d'une aide à l'emploi, une exigibilité professionnelle totale pourra être retrouvée.

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

En raison des traits dépendants de sa personnalité, l'assuré a besoin d'aide pour pouvoir s'intégrer dans un nouvel environnement professionnel.

C. INFLUENCES SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

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

Oui ; l'assuré a la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, à s'intégrer dans le tissu social et à mobiliser des ressources existantes. Par contre, de par les traits dépendants de sa personnalité, il a besoin d'aide pour ces démarches.

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

Etant donné que l'assuré a été licencié de son dernier poste, il n'y a pas lieu d'améliorer la capacité de travail dans celui-ci. Par contre, dès prise en charge en MOP, l'expertisé pourra exercer à plein temps une activité professionnelle comparable à celle exercée précédemment.

2.1. Si oui, par quelles mesures ?

Sans objet.

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

Sans objet.

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

Oui ; grâce à une prise en charge en MOP, l'assuré aura une exigibilité psychiatrique totale dans toute activité.

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

Aucun critère psychiatrique.

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

Suite à une prise en charge en MOP, l'activité adaptée à l'invalidité peut être exercée à plein temps, par exemple 8 h par jour.

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

Non.

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

Sans objet ».

Il résulte d'un compte rendu d'entretien avec l'assuré du 26 janvier 2011 que celui-ci s'est dit incapable de travailler, expliquant ses

problèmes cardiologiques, de psoriasis qu'il a sur tout le corps, de douleurs articulaires et qu'il venait d'effectuer une ponction au genou droit. Il a en outre déclaré ne pas savoir si son état de santé lui permettrait de suivre la mesure proposée, à savoir la reprise progressive d'une activité dans l'informatique à l'atelier [...], qui semblait adapté aux travaux qu'il réalisait. Il a été informé de son obligation de mettre tout en oeuvre pour réduire le préjudice économique et a dit qu'il pourrait éventuellement essayer.

Le 21 février 2011, l'assuré a écrit à l'OAI ne pas être capable physiquement d'effectuer un stage, en le priant de prendre contact avec les Drs W._____ et J._____ s'il désirait des renseignements complémentaires.

Le 22 février 2011, l'OAI a adressé une sommation à l'assuré, l'enjoignant à suivre la mesure proposée, le renvoyant à l'art. 21 al. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) et l'invitant à lui faire part par écrit, dans un délai au 11 mars 2011 au plus tard, de sa position à l'égard de la mesure proposée qu'il lui demandait de suivre. Il l'avertissait en outre que, passé ce délai et sans nouvelles de sa part, il serait alors dans l'obligation de prendre une décision en l'état du dossier, ce qui risquait très probablement de conduire à un refus de toute prestation.

L'assuré a alors produit :

- un rapport du 23 février 2011 de la Dresse B._____, spécialiste en rhumatologie au Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier K._____, dont il résulte notamment ce qui suit :

« Le patient a de nombreux antécédents : psoriasis depuis 1995, 3 pontages coronariens en 1995, hospitalisation en 2009 au Centre hospitalier K._____ pour pose de stent coronarien, hospitalisation fin 2010 en dermatologie pour psoriasis étendu. Par ailleurs, le patient est diabétique, dyslipidémique, hypertendu et en surpoids. Antécédent de chirurgie de la cataracte.

J'ai vu ce patient pour la première fois le 1^{er} février 2011 pour une suspicion de rhumatisme psoriasique. Ce patient, suivi pour un psoriasis, présente depuis environ mi-2010 l'apparition progressive d'arthralgies touchant les épaules, les mains, les chevilles, les genoux ainsi que des rachialgies cervicales et des lombalgies. Pas de fessalgie ni de dactylite. J'ai ponctionné son genou droit début février qui montre un inflammatoire sans germe ni cristaux [sic]. Il existait également un syndrome inflammatoire biologique.

Les radiographies standards ont retrouvé une sacro-illite gauche compatible avec un rhumatisme psoriasique. Le diagnostic est donc confirmé.

A noter que le patient est HLA-B27 négatif. Nous avons décidé d'un commun accord avec son dermatologue de commencer un traitement par anti-TNF.

Actuellement, le patient est en poussée articulaire avec plusieurs synovites et la persistance d'un épanchement du genou droit.

Pour le moment, il ne peut reprendre une activité professionnelle. Le patient me dit ne pas avoir reçu de prise en charge par l'Al. Je souhaite vous ré-adresser ce courrier afin de pouvoir permettre au patient de bénéficier de l'Al » ;

- un certificat médical du 4 mars 2011 du Dr W. _____ dont il résulte ce qui suit :

« Le médecin soussigné [...] déclare que les observations contenu[e]s dans son rapport à l'Assurance-Invalidité du 19.01.2010 sont toujours actuelles (Diagno[s]tic : Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21), avec lassitude, fatigabilité accrue ; sentiment de tristesse ; perte de la joie de vivre, du plaisir dans les activités habituellement investies ; tendance à l'isolement, évitement des contacts sociaux ; pessimisme quant à l'avenir, absence de perspectives, incapacité de former des projets ; sentiment d'infériorité, tendance à l'autodévalorisation, sentiment d'échec généralisé ; rumination de pensées négatives ; fait de vivre ses troubles somatiques comme confirmation de son vécu d'échec ; troubles du sommeil, cauchemars fréquents ; difficultés de concentration ; baisse de son efficacité professionnelle (pour les périodes où il a eu une telle activité) ; impression d'être bloqué, ralenti dans ses mouvements, alternant avec des moments d'agitation, tendance à tourner en rond sans but dans son appartement ; difficulté, voire incapacité à s'impliquer dans des activités même simples. Traitement médicamenteux actuel : Cymbalta, 60 mg/j ; Valdoxan, 25 mg/j).

Cet état entraîne actuellement encore une incapacité de travail complète ainsi qu'une incapacité à s'engager dans des mesures professionnelle[s] » ;

- un certificat médical du 8 mars 2011 du Dr J._____ certifiant que l'assuré souffrait toujours des troubles mentionnés dans son rapport adressé à l'OAI le 31 décembre 2009, son psoriasis s'étant compliqué d'un rhumatisme psoriasique. Il indiquait que l'assuré ne pouvait ni s'engager dans des mesures professionnelles, ni reprendre une activité professionnelle, et ceci pour une durée indéterminée pour le moment.

Dans un rapport du 16 mars 2011, la Dresse B._____ a mentionné notamment ce qui suit :

« **Status :**

[...]

Articulations douloureuses MCP 1 et IPP 1 droites. Toutes les articulations des pieds sont gonflées ainsi que MCP et IPP 1 droites. Genou droit gonflé. Synovites des MTP 2 et 3 droites. Ponction et infiltration du genou droit : liquide sérologique hématique. Envoi en Bactériologie. Infiltration d'une ampoule de Diprophos en intra-articulaire.

Ordonnance :

Poursuite du Dafalgan pour l'instant. Pas d'AINS à cause de facteurs de risque cardiologiques. Pas de Prednisone per os à cause du diabète et risque de rechute du psoriasis.

Problèmes et attitude :

1/ rhumatisme psoriasique actif en attente d'un traitement par anti-TNF Infiltration d'une ampoule de Diprophos.

2/ Faire certificat pour AI et aussi pour le médecin traitant.

3/ Contrôle biologique et revoir le patient dans 5 semaines.

4/ AINS uniquement en cure très courte en ayant prévenu le patient de contrôler TA++ et risque de saigner sous asp et Plavix ».

Dans un avis médical du 21 avril 2011, le Dr F._____ concluait en ces termes :

« En conclusion, il existe une authentique aggravation de l'état de santé de l'assuré ayant débuté mi[-]2010 par l'apparition d'un rhumatisme psoriasique inflammatoire handicapant. L'état de santé n'est pas stabilisé, l'assuré devrait s'améliorer nettement grâce au traitement anti-TNF qui doit démarrer. Il faut surseoir pour l'instant aux mesures professionnelles et réinterroger la Dresse B._____ dans 4 mois ».

Le 10 juin 2011, la Dresse B._____ a écrit à l'OAI notamment ce qui suit :

« [...]

Monsieur L._____ est connu pour de nombreux antécédents cardio-vasculaires dont 3 pontages coronariens en 1995 et une pose de stent en 2009 au Centre hospitalier K._____. Il est par ailleurs diabétique, dyslipidémique, hypertendu et en surpoids. Il est suivi en Dermatologie pour un psoriasis diffus et invalidant.

Je l'ai vu pour la première fois le 1er février 2011 pour suspicion de rhumatisme psoriasique. Ce patient était en poussée de polyarthrite. Je l'ai ponctionné et le liquide était inflammatoire sans cristaux. Les radiographies ont montré une sacro-iliite. Le diagnostic de rhumatisme psoriasique est donc certain.

Le patient est actuellement au bénéfice d'un traitement par Enbrel avec persistance de plusieurs arthrites malgré ce traitement. Monsieur L._____ présente des difficultés dans la vie quotidienne à la mobilisation de part [sic] sa dyspnée, sa cardiopathie et d'autre part du fait de son atteinte ostéoarticulaire ».

Le 20 juin 2011, le Dr W._____ a écrit à l'OAI que l'état de santé de son patient s'était encore aggravé au cours des dernières semaines, avec la présence chez l'intéressé d'un sentiment de désespoir accompagné d'idéations suicidaires obsédantes.

Il ressort du rapport adressé le 24 août 2011 au Dr W._____ par les Drs V._____ et T._____, médecins auprès de l'Hôpital de R._____, que l'assuré, adressé par le Dr W._____, a séjourné dans cet établissement, en admission volontaire, du 22 juin au 8 juillet 2011, le motif de l'hospitalisation étant une mise à l'abri d'un geste auto-agressif.

Les diagnostics suivants ont été posés :

« **Diagnostic (CIM - 10) :**

- * Episode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10)
- * Accentuation de traits de personnalité paranoïaque et narcissique (Z73.1)

Diagnostic somatique :

- * Hypertension artérielle
- * Diabète type II insulino-requérant
- * Hypercholestérolémie
- * Psoriasis et arthrite psoriasique
- * Status après triple PAC en 1995 et stents en 2009 sans

précision ».

Il résulte en outre de ce rapport ce qui suit :

« **Eléments anamnestiques :**

M. L. _____ est un patient de 55 ans, d'origine [...], suivi à votre consultation depuis 2009 lorsqu'il arrive en fin de droit de chômage après avoir perdu son emploi d'ingénieur informaticien en 2000 et alors qu'il présente un infarctus nécessitant la pose de trois stents. Il présente depuis lors une symptomatologie dépressive, pour laquelle vous introduisez du Cymbalta en février 2011 et du Valdoxan, exacerbée de difficultés financières et de nombreuses complications somatiques, avec l'apparition d'une hypertension artérielle difficilement contrôlable, d'un diabète insulino-dépendant et dernièrement d'un psoriasis avec une probable arthrite psoriasique, pour lequel il doit s'astreindre depuis février 2011 à une injection hebdomadaire d'Embrel aux nombreux effets secondaires (épistaxis, céphalées, larmoiements, nausées, asthénie durant 3-4 jours). Il se dit par ailleurs découragé par la lenteur des démarches AI, d'autant plus qu'il se voit tributaire du revenu de son épouse. Cette situation l'humilie et le dialogue avec cette dernière est rompu, instaurant un climat de tension à domicile. Le patient se cloisonne peu à peu dans son appartement, soumis à des ruminations anxieuses autour de sa situation désespérée. Lors de votre dernière consultation précédant vos vacances, le patient évoque subitement des idées suicidaires scénarisées pour lesquelles vous l'encouragez à accepter une hospitalisation dans notre établissement.

[...]

Examen clinique :

Patient de 55 ans, faisant son âge, à la tenue vestimentaire et à l'hygiène correctes, calme, collaborant, légèrement méfiant, orienté aux quatre modes et vigile. Le discours est clair et informatif, centré sur un sentiment d'injustice et de préjudice, et des ruminations anxieuses autour de ses échecs professionnels et ses plaintes somatiques. La thymie est abaissée avec asthénie, anhédonie, repli social, irritabilité, perte d'espoir, sentiment de dévalorisation, idées de culpabilité et difficultés de concentration. Il rapporte également une insomnie avec des cauchemars fréquents, mais un appétit conservé. Nous ne relevons pas de symptômes de la lignée psychotique. Il évoque des idées suicidaires scénarisées par ingestion de médicaments, mais entre rapidement dans un contrat de non[-]passage à l'acte.

[...]

Evolution et discussion :

Dès les premiers entretiens, M. L. _____ exprime son contentement vis-à-vis de sa prise en charge hospitalière, notamment l'espace de parole offert, installant par là-même clairement une barrière au traitement, le patient ne se révélant que peu au cours des entretiens et demeurant en retrait au sein du service. La grande partie des échanges est monopolisée par son histoire professionnelle et ses plaintes somatiques, et le patient se montre rapidement persécuté lorsque le focus de la conversation s'étend hors de ces deux domaines. Durant le séjour, la thymie n'évolue que peu, mais le patient ressent une amélioration au niveau du sommeil et de l'élan

vital, de même qu'un amendement des idées suicidaires et une diminution du désespoir. Il demande alors à avancer sa date de sortie, disant qu'il s'est assez reposé à l'hôpital et que sa situation est entre les mains de notre assistante sociale, ce qui le rassure. L'attitude générale est alors marquée par une agressivité passive, le patient acceptant toute proposition en entretien, mais les mettant en échec dans les faits, comme en témoigne les congés progressifs que le patient n'effectuera en définitive pas. Nous axons ainsi la seconde partie de l'hospitalisation sur la recherche d'activités valorisantes permettant au patient [d]e sortir de son retrait social, notamment au travers du suivi de transition et de la présentation par Mme [...] des activités communautaires que le patient pourra intégrer dès le 11.07.11.

Au cours d'un entretien de couple, l'épouse évoque son sentiment d'impuissance et l'anxiété qui émane de l'attitude passive-agressive du patient, ce dernier ne parvenant pas à rassurer son épouse lorsque celle-ci doit le quitter pour aller travailler. Ainsi, celle-ci s'isole également et élimine ses activités personnelles par peur de laisser le patient seul à domicile et que ce dernier soit victime d'un malaise ou mette fin à ses jours. L'entretien est alors l'occasion d'insister sur l'importance d'avoir chacun des activités propres, et d'engager le patient à mieux s'exprimer sur ses symptômes, même s'il demeure très difficilement défocalisable. L'épouse se dit néanmoins rassurée quant à l'évolution de son mari à l'hôpital et sereine vis-à-vis de son retour à domicile. Suite à cet entretien, le patient dira comprendre le cauchemar qu'il a fait vivre à son épouse et fera des efforts fructueux pour renouer le dialogue avec celle-ci ».

Le 7 octobre 2011, le Dr C. _____, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de polyneuropathie sensitive d'origine diabétique.

Dans un rapport du 10 novembre 2011, la Dresse B. _____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de diabète, antécédent de cardiopathie ischémique, arthrite psoriasique et antécédent de dépression. Elle a estimé la capacité de travail nulle dans l'ancienne activité, les restrictions physiques étant dues aux antécédents d'arthrite, à la persistance d'une ténosynovite des extenseurs des orteils du pied droit, ainsi qu'à une douleur de l'épaule droite d'allure mécanique.

Dans un rapport du 16 janvier 2012, le Dr D. _____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de :

- « - Maladie coronaire :
 - pontage aorto-coronarien
 - dilatation coronaire à 3 reprises
- Diabète II insulino-requérant
- Hypertension artérielle sévère

- Psoriasis étendu de longue date
- Etat anxio-dépressif sévère ».

Il a en outre retenu les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de rhumatisme psoriasique, de polyneuropathie diabétique et de cataracte opérée de l'oeil droit.

Comme symptômes, il a décrit un état anxio-dépressif sur la situation médicale, une absence de limitation cardio-circulatoire au sens strict, la situation cardiologique étant stable depuis 2009 dans le contexte de la cardiopathie ischémique, et une limitation orthopédique sur le rhumatisme psoriasique diffus. Le pronostic était réservé, vu la progression de la maladie coronaire. S'il n'a pas observé de changement par rapport à son constat du mois de décembre 2009 au niveau cardiaque, il a relevé une nette dégradation de l'état psychique au cours de l'année 2011 ayant conduit à un tentamen médicamenteux et des idées suicidaires. Il a estimé l'activité habituelle exigible à 50% à cause d'absentéisme, de fatigabilité et de trouble de la concentration.

Dans un rapport du 30 janvier 2012, la Dresse B._____ a posé le diagnostic de rhumatisme psoriasique avec sacro-iliite et liquide articulaire inflammatoire, HlaB27 négatif.

A un questionnaire du 13 février 2012, la Dresse B._____ a répondu que la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle d'informaticien était de l'ordre de 50% et que dans une activité adaptée il fallait éviter le port de charges lourdes et la station debout prolongée. A la question relative aux limitations fonctionnelles, elle a répondu « limitations fonctionnelles des épaules ».

Un complément d'expertise a été demandé à la Dresse G._____, qui a établi son rapport le 20 juillet 2012. Il en résulte notamment ce qui suit :

« 4. DIAGNOSTICS

1. DIAGNOSTIC(S) AYANT DES REPERCUSSIONS SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

- **STATUS APRES TROUBLES DE L'ADAPTATION AVEC REACTION DEPRESSIVE PROLONGEE, COMPLIQUE PAR UNE PERSONNALITE A TRAITS DEPENDANTS. LE TABLEAU ACTUEL A EVOLUE EN :**
- **MAJORATION DE SYMPTOMES PHYSIQUES POUR DES RAISONS PSYCHOLOGIQUES (SINISTROSE) F68.0**

TRAVAIL

2. DIAGNOSTIC(S) SANS REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE

- **AUCUN SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE**

5. APPRECIATION DU CAS

Il s'agit d'un assuré âgé de 57 ans, [...] établi en Suisse depuis 1977. Au bénéfice d'un diplôme d'informaticien obtenu à [...] en 1987, il travaille d'abord pour l'entreprise N._____ entre 1989 et un licenciement économique en 2001, puis en Angleterre entre février 2005 et juillet 2007 avant de retrouver un emploi d'ingénieur système technicien pour l'entreprise M._____ dès septembre 2007 dont il essuie un licenciement rapide en novembre 2007. Après avoir émergé au chômage durant deux ans, l'assuré est mis en arrêt de travail total le 10 octobre 2009, avec notions d'atteinte coronarienne et psychiatrique.

Dans son anamnèse familiale, l'expertisé annonce de nombreux tentamen et décès par suicide.

Sur le plan personnel, l'assuré énumère d'importantes souffrances mises en corrélation avec plusieurs licenciements, dont le dernier date de septembre 2007.

Suite à l'examen pour expertise réalisé le 13 décembre 2010 au cabinet médical de l'expert sous-signataire, une exigibilité professionnelle a été considérée comme complète dans l'emploi habituel d'informaticien à condition que des mesures d'ordre professionnel puissent être mises en place ; celles-ci ont été proposées à l'expertisé début 2011, il les a refusées dans un contexte de rhumatisme psoriasique.

Quant au bilan d'évolution, l'examen de ce jour révèle de clairs signes d'amélioration de la composante dépressive, dans un tableau dominé par un processus d'invalidation fortement ancré. La détermination de l'intéressé rend illusoire tout projet de reprise professionnelle, malgré le contexte actuel d'amélioration des signes dépressifs. La personnalité dépendante est toujours d'actualité, celle-ci étant plutôt une indication à une reprise professionnelle. Étant donné que ce tableau de sinistrose sort du champ médical, il ne peut être reconnu, au sens de l'AI, comme une atteinte à la santé prenant un caractère invalidant.

L'observation actuelle permet d'attester qu'aucune atteinte psychiatrique à la santé n'a empêché l'expertisé de se soumettre aux démarches de reprise d'emploi qui lui ont été proposées début 2011. La notion alléguée d'aggravation ne s'appuie sur aucun élément psychiatrique objectivable et les plaintes mentionnées sortent du champ médical.

Aucune proposition thérapeutique ne peut par ailleurs être formulée, puisque la prise en charge spécialisée, mise en place par le Dr W._____, cible les symptômes. Toute sollicitation de l'AI pour des raisons psychiatriques peut être mise en attente d'une motivation de la part de l'intéressé.

Face à ces conclusions, le Dr W._____ a été contacté par téléphone. Dans un aimable entretien qui a eu lieu le 20 juillet 2012, ce psychiatre en cite les caractéristiques et s'accorde au diagnostic de sinistrose, tout en relevant que son patient menace de se suicider (par pendaison). Etant donné que les intentions suicidaires ne sont pas l'apanage exclusif d'une dépression sévère mais qu'elles peuvent, par exemple, correspondre à l'expression d'une personnalité dépendante ponctuellement décompensée, l'observation des critères de dépression au sens des classifications internationales ne permet pas, dans ce tableau, de retenir un diagnostic de dépression sévère actuellement.

QUANT AU POSITIONNEMENT FACE AUX DOCUMENTS MEDICAUX EN POSSESSION DE L'EXPERT :

- La lettre de sortie de l'hospitalisation à Hôpital de R._____ du 22 juin au 8 juillet 2011, signée par les Drs V._____ et T._____, met en évidence des diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et une accentuation de traits de personnalité paranoïaque et narcissique. Les velléités suicidaires annoncées ne font pas état de passage à l'acte. L'expertisé est décrit comme acceptant toutes propositions en entretien, mais les mettant en échec dans les faits. Etant donné qu'une personnalité à traits dépendants peut décompenser en exprimant des intentions suicidaires (par exemple dans un contexte de vacances du psychiatre traitant), cette observation reflète le lien thérapeutique ténu entretenu avec ce thérapeute. Les descriptions présentes dans ce document s'accordent à l'appréciation de ce jour et sont compatibles avec le diagnostic de sinistrose.
- Quant aux quatre rapports médicaux signés par le psychiatre traitant, le Dr W._____, ceux-ci mettent en évidence des diagnostics consensuels avec l'appréciation de l'expert psychiatre. Par contre, étant donné le caractère réactionnel de ces symptômes (faisant suite à des licenciements mal acceptés par l'expertisé) et dans un contexte de refus d'un soutien de l'AI pour des MOP, ces diagnostics n'apportent pas de limitations fonctionnelles telles qu'elles justifieraient une incapacité de travail au long cours d'ordre psychiatrique.
- Quant au rapport du Dr J._____ du 31 décembre 2009, le diagnostic d'état anxio-dépressif est compris parmi de nombreux diagnostics somatiques, son caractère incapacitant n'a pas été spécifiquement relevé.
- Quant au rapport d'expertise signé le 10 janvier 2011 par l'expert sous-signataire, le bilan d'évolution montre une entrée en force dans un processus d'invalidation, alors que la collaboration face à des MOP n'a pas exprimé une motivation convaincante. Il n'y a pas d'élément objectif permettant de

justifier une incapacité de travail d'ordre psychiatrique chez cet expertisé.

[...]

B INFLUENCE SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

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

Sur le plan physique

Cf. rapports des médecins spécialistes.

Sur le plan psychique et mental

Aucune limitation.

Sur le plan social

La reprise d'une activité professionnelle soutiendrait l'assuré dans sa situation financière difficile et dans la revalorisation de ses rapports avec son épouse.

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

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

Aucun trouble psychiatrique n'influence la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de

travail

Complète dans toute activité sur le plan psychiatrique.

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

Oui ; à plein temps, par exemple 8h par jour.

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

Non.

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

L'assuré a été mis en arrêt de travail total le 10 octobre 2009, selon lui en raison d'une atteinte cardiaque. Il n'y a pas de motif psychiatrique justifiant cette mise en arrêt de travail.

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

Il est crédible que les traits dépendants de la personnalité de l'expertisé aient rendu plus difficile la reprise d'une nouvelle activité professionnelle. À ce titre, des mesures d'ordre professionnel ciblées lui ont été proposées suite au rapport d'expertise du 10 janvier 2011 ; l'expertisé a refusé

ces mesures, pour des raisons sortant du champ des maladies psychiatriques.

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

C. INFLUENCES SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

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

Oui, dès que l'expertisé en montrera une motivation. Il a la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, de s'intégrer dans le tissu social et de mobiliser des ressources existantes.

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

Non, puisqu'elle est totale dans toute activité.

- 3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de**

l'assuré ?

Oui.

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

Aucun critère psychiatrique particulier n'est à satisfaire pour une exigibilité professionnelle qui est entière dans toute activité.

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

A plein temps, par exemple 8 h par jour.

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

Non.

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

Sans objet.

D. REMARQUES ET/OU AUTRES QUESTIONS :

Au cas où l'AI tiendrait encore à disposition de l'expertisé des mesures d'ordre professionnel, celles-ci pourraient aboutir dès l'expression d'une motivation de la part de l'intéressé ».

Dans un rapport du 9 août 2012, la Dresse B. _____ a indiqué que l'arthrite psoriasique était peu active cliniquement, qu'il existait des douleurs à la palpation des articulations des mains et des pieds, mais que le patient n'avait pas de plainte spontanée. La vitesse de sédimentation élevée ne semblait pas en lien avec une activité du rhumatisme. Elle a en outre mentionné que le traitement d'Enbrel ainsi que la physiothérapie des épaules étaient poursuivis, une antalgie simple étant conseillée.

L'assuré a été examiné le 26 novembre 2012 par le Dr Q. _____ du SMR. Ce médecin a établi son rapport le 17 décembre 2012, dont il résulte notamment ce qui suit :

« **DIAGNOSTICS**

- avec répercussion durable sur la capacité de travail

- **RHUMATISME PSORIASIQUE CONTRÔLÉ SOUS TRAITEMENT. L40.5**
- **LOMBALGIES DANS UN CONTEXTE DE DISCOPATHIE DÉBUTANTE EN L4-L5.**

- sans répercussion sur la capacité de travail

- **PRÉ-OBÉSITÉ, DÉCONDITIONNEMENT PHYSIQUE.**

APPRÉCIATION DU CAS

Lors de l'entretien, Monsieur L. _____ décrit sa dernière activité professionnelle effectuée comme informaticien chez M. _____ de septembre à novembre 2007. Aux dires de l'assuré, il devait porter à deux des disques pesant jusqu'à 20 à 30 kg. Nous n'avons pas d'information dans le rapport de l'employeur pour préciser les contraintes physiques. Auparavant, l'assuré a travaillé pour la plus grande partie du temps chez N. _____, pendant 14 ans, depuis 1989.

[...] Les symptômes décrits par Monsieur L. _____ restent de type mécanique. A la marche, il est limité par sa dyspnée, il n'annonce pas de douleurs articulaires. L'assuré ne montre pas de douleur au niveau des fesses en relation avec une éventuelle sacro-iliite, il montre une douleur lombaire latérale dans la musculature.

Dans un deuxième temps, il nous apprend que le traitement de fond a été modifié en raison d'une récurrence de psoriasis au niveau cutané ; en parallèle, il dit également que les douleurs articulaires ont augmenté.

L'assuré ne s'estime pas capable actuellement de faire un stage d'observation non seulement en raison des douleurs articulaires, de plus il se décrit fatigué.

L'examen montre un homme de 57 ans en état de santé générale moyen. Nous retenons un état de santé général moyen en raison

d'un déconditionnement physique, d'une pré-obésité, d'une hypertension artérielle, d'une dyspnée au repos ; nous n'avons pas de signe pour une insuffisance cardiaque décompensée. Sous traitement d'Humira®, le psoriasis cutané n'est pas en phase inflammatoire, l'assuré a des lésions squameuses diffuses sur tout le corps.

L'examen neurologique exclut une atteinte radiculaire en relation avec des troubles dégénératifs que ce soit cervicaux ou lombaires. L'assuré n'a pas de sciatgie irritative.

Pour une polyneuropathie sensitive, nous retenons un élargissement du polygone de sustentation lorsque l'assuré marche, une aréflexie achilléenne. Les troubles sensitifs décrits par Monsieur L. _____ sont très atypiques pour une polyneuropathie (diminution de la sensibilité au piqué, à la face antérieure de la cuisse, du pied, du mollet à droite ; pas de gradient sensitif du côté G) et sont à notre avis non systématisables.

L'examen articulaire de ce jour ne montre pas de rhumatisme psoriasique actif. L'assuré n'a clairement pas de sacro-iliite. Il n'a pas de tuméfaction ou de synovite sur les métacarpo-phalangiennes, nous avons une éventuelle synovite au niveau de l'interphalangienne distale du majeur ; un début d'arthrose à ce niveau pourrait provoquer le même symptôme. L'assuré n'a pas d'épanchement au niveau des genoux. Nous avons un dos du pied à droite qui est légèrement tuméfié mais sans augmentation de la chaleur, ainsi qu'une face latérale de la cheville droite également tuméfiée. De façon discordante avec les signes inflammatoires constatés, l'assuré a des douleurs multiples à la palpation de toutes les métacarpo-phalangiennes, de la majorité des interphalangiennes proximales et distales. De façon incohérente, il y a une douleur à la palpation de toutes les métatarso-phalangiennes du côté droit alors que la manoeuvre de Gänsslen à ce niveau qui met sous contrainte de façon latérale les articulations est indolore.

L'assuré a un ressenti douloureux marqué, non expliqué par son rhumatisme inflammatoire. Il évalue la douleur à 7,5 sur 10 en position couchée sans inconfort apparent. L'assuré a une kinésiophobie, il fait de nombreux ressauts à l'examen de ses articulations périphériques mais également à l'examen de sa nuque. Il existe une composante de fond anxieuse, il a une hypersudation palmaire. Nous n'avons pas de fibromyalgie associée.

L'examen du rachis montre de légers troubles statiques avec un relâchement de la sangle abdominale, une hypercyphose dorsale. Il n'a pas de syndrome rachidien tant au niveau cervical que lombaire. La palpation du rachis dorsolombaire est diffusément douloureuse, davantage de L2 à L5, sans contracture. Le score de Waddell est positif à la recherche de signes comportementaux.

Entre janvier 2011 et octobre 2012, l'assuré a eu de nombreuses radiographies des mains, des pieds, de sa colonne lombaire, de ses sacro-iliaques, de sa colonne cervicale, de ses genoux. Les éléments objectivables au niveau radiologiques [sic] sont discordants avec l'importance des symptômes ressentis par l'assuré. Objectivement, nous avons un épanchement du genou gauche en janvier 2011, il y a

des signes pour un début d'arthrose du compartiment interne droit ; il existe une discopathie débutante au niveau cervical en C5-C6 et au niveau lombaire en L4-L5 A la lecture du CD, les radiographies des sacro-iliaques du 13 janvier 2011 ne sont pas pathognomoniques d'une sacro-iliite, ceci sous réserve d'une lecture sur écran ; nous n'avons pas vu d'érosion au niveau des sacro-iliaques, l'interligne du côté gauche nous a paru conservé, l'interligne du côté droit était moins net ; les radiographies standards ne sont pas les examens de choix pour mettre en évidence une sacro-iliite débutante, il y aurait lieu de faire une IRM en cas de doute sur la clinique. L'évolution clinique a été favorable ; il n'y a clairement plus de sacro-iliite dans les examens successifs de la Dresse B. _____, l'examen de ce jour l'exclut. Les articulations des mains et des pieds ne montrent pas d'érosion.

Sur le plan rhumatologique, il y a lieu de conclure à un tableau de probable rhumatisme psoriasique, avec une appréciation de la situation rendue difficile par le syndrome douloureux chronique accompagnateur et l'amplification des symptômes. Le rhumatisme psoriasique que l'assuré présente est, comme le décrit la Dresse B. _____ bien contrôlé sous traitement d'Enbrel® sur le plan articulaire (cf. consultation du 11 avril 2012). Ce rhumatisme n'est pas agressif. Nous mettons en relation les lombalgies mécaniques de l'assuré avec une discopathie débutante en L4-L5 ; les douleurs mentionnées ce jour par l'assuré ne sont pas en relation avec une sacro-iliite.

Limitations fonctionnelles

Rhumatisme psoriasique : pas de travail en ambiance froide ou humide, pas de travail de force, pas de travail de nuit. Pas de position statique assise au-delà d'une heure, debout au-delà de 30 minutes. Pas de port répété de charges au-delà de 5 kg. Pas de marche sans s'arrêter au-delà du kilomètre, pas de marche en terrain inégal.

Lombalgies basses : pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, positions statiques (cf. plus haut).

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

L'incapacité de travail est totale dans toute activité du temps de l'introduction du traitement pour le rhumatisme psoriasique et de la stabilisation du cas. Nous retenons une IT totale depuis le 1^{er} février 2011, date de la 1^{ère} consultation de la Dresse B. _____.

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

Après plusieurs consultations successives, la Dresse B. _____ décrit une évolution favorable sous traitement de fond d'anti-TNF. Les consultations détaillées à disposition nous font retenir une stabilisation et une amélioration du cas à partir de la consultation du 11 janvier 2012. Il est mentionné que l'arthrite psoriasique semble peu active ; cela est confirmé au status de la rhumatologue avec

l'absence d'articulation gonflée, l'absence de douleurs à la palpation des sacro-iliaques, une CRP négative. L'ultrason réalisé en novembre 2011 ne montre qu'une très discrète ténosynovite des extenseurs communs du pied droit, la Dresse B. _____ n'a pas jugé nécessaire de faire une infiltration car l'assuré était peu gêné au moment de l'ultrason.

Les consultations ultérieures à disposition et l'examen de ce jour ne montrent pas de péjoration de la situation au niveau rhumatologique et la poursuite d'une bonne réponse du rhumatisme inflammatoire au traitement de fond d'anti-TNF.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan ostéo-articulaire par la tolérance mécanique des articulations périphériques et du rachis lombaire. Dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles décrites, nous retenons une exigibilité de 2 x 3 heures par jour avec une diminution de rendement de 10% depuis le 11 janvier 2012. Les 2 x 3 heures par jour ont comme but de permettre à l'assuré d'avoir une heure de pause supplémentaire à midi. Les 10% de perte de rendement correspondent à une pause supplémentaire de 5 minutes par heure.

D'un point de vue pratique, au vu du ressenti douloureux de l'assuré, au vu de la faible perception de l'assuré des capacités résiduelles et de la durée de l'arrêt de travail, les chances d'une reprise d'une activité professionnelle sont extrêmement faibles.

Dans une activité d'informaticien focalisée sur du software, adapté à l'état de santé de l'assuré, l'exigibilité est de 65%. (2x3 heures/jours - 10 % de rendement)

Une activité d'informaticien avec du hardware ou des ports de charges comme ceux décrits par l'assuré dans son ancien travail chez M. _____, n'est pas adaptée à son état de santé.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS UN POSTE D'INFORMATICIEN RESPECTANT LES LIMITATIONS FONCTIONNELLES DÉCRITES : 65%

DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 65%

DEPUIS : MI-JANVIER 2012 ».

Dans son rapport du 10 janvier 2013, le Dr P. _____, médecin au SMR, a retenu que l'incapacité de travail durable avait débuté le 10 octobre 2009 à un taux de 100% jusqu'à novembre 2009, puis avait été de 50% en décembre 2009, de 20% depuis janvier 2010 et de 100% dès le 1^{er} février 2011. Il a indiqué que la capacité de travail exigible était nulle dans l'activité habituelle et de 65% dans une activité adaptée (3 x 2 heures/jour avec baisse de rendement de 10%), les limitations fonctionnelles étant les suivantes : « pas de travail en ambiance froide ou humide, pas de travail

de force ou de nuit, pas de position statique >1 heure, debout >30 min, pas de port répété de charges >5 kg, pas de marche >1 km sans s'arrêter, pas de marche en terrain inégal ». Il a fixé le début de l'aptitude à la réadaptation à mi-janvier 2012.

Dans un certificat médical du 12 février 2013, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne et en endocrinologie, a écrit que, compte tenu de l'ensemble des comorbidités et d'une nouvelle évaluation clinique le 11 février 2013, il n'était pas permis de considérer une capacité de gain sur un marché économique équilibré au-delà de 20%.

Le 31 mai 2013, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui allouer un quart de rente d'invalidité du 1^{er} mars 2011 au 30 avril 2012 et une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2012, compte tenu du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), notamment pour les motifs suivants :

« Titulaire d'un diplôme d'informaticien, vous avez travaillé en tant que tel auprès de N._____, de 1990 à 2002. Par la suite, vous avez bénéficié du chômage jusqu'en janvier 2005. De retour de l'Angleterre en 2007, vous avez travaillé auprès de la société M._____, de septembre à novembre 2007.

Selon les éléments médicaux contenus au dossier, vous avez présenté une incapacité de travail totale à partir du 10 octobre 2009 (début du délai d'attente d'un an), puis une incapacité de travail à 50 % en décembre 2010, au plan cardiologique.

Par la suite, votre capacité de travail est à 100 % depuis le début 2010 avec une diminution de rendement de 20 % en raison de l'atteinte cardiologique.

Au plan psychiatrique, il ne ressort d'aucune pathologie ayant une répercussion sur votre capacité de travail.

Nous avons procédé à un calcul de l'incapacité de travail moyenne afin de déterminer à quelle date vous avez présenté un taux d'invalidité moyen à 40 % pendant une année entière (art. 28, al. 1 LAI).

L'invalidité moyenne sur une année s'élève à 33.95 % (52 jours à 100 % et 31 jours à 50 % et 282 jours à 20%), taux inférieur à 40 % qui n'ouvre pas à la rente.

Une péjoration de votre état de santé au plan rhumatologique (rhumatisme psoriasique) depuis février 2011 entraîne une incapacité de travail totale.

En complément aux renseignements médicaux en notre possession, un examen clinique rhumatologique est réalisé le 26 novembre 2012 auprès du Service médical régional AI.

Il ressort des observations médicales que la capacité de travail dans l'activité habituelle est nulle. Par contre, dans une activité adaptée qui respecte les limitations fonctionnelles, telles que : pas de travail en ambiance froide ou humide, pas de travail de force ou de nuit, pas de position statique au-delà d'une heure, debout au-delà de trente minutes, pas de port répété de charges au-delà de cinq kilos, pas de marche au-delà d'un kilomètre sans s'arrêter, pas de marche en terrain inégal, vous conservez une capacité de travail de 65 % à partir de la mi-janvier 2012.

Lors d'un entretien avec le conseiller spécialiste en réinsertion professionnelle, des pistes professionnelles vous ont été proposées afin de mettre en valeur votre capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Au terme d'un délai de réflexion, force est de constater que vous n'êtes pas dans une dynamique à des mesures professionnelles reconnaissant la capacité de travail de 65 % dans une activité adaptée.

Après examen des derniers renseignements du médecin en psychiatrie, votre capacité de travail dans une activité qui respecte les limitations fonctionnelles reste à 65 %.

Dans une telle activité adaptée, par exemple des activités légères dans le domaine de la production ou des services, vous seriez en mesure de prétendre à un revenu de CHF 36'515.70, comme suit :

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2010, CHF 4'901.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2010, TA1 ; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 5'109.29 (CHF 4'901.00 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 61'311.51.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2010 à 2012 (+ 1% + 0.80% ; La Vie économique, tableau B 10.2),

on obtient un revenu annuel de CHF 62'420.02 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger que vous exerciez une activité légère de substitution à 65 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 40'573.01 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut et du taux d'occupation, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 36'515.71.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu [d']invalidé ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 83'304.00 (selon le Salarium - Calculateur de salaire de l'administration fédérale de la statistique suisse / salaire médian en 2012).

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	83'304.00			
avec invalidité	CHF	<u>36'515.70</u>			
La perte de gain s'élève à	CHF	46'788.30	=	un	degré

d'invalidité de 51.17 %.

Ainsi, la période précédant février 2011, votre degré d'invalidité est de 33.95 (arrondi à 34 %), nous avons procédé à une invalidité moyenne sur une année et il s'avère que votre degré d'invalidité atteint 40% en moyenne le 6 mars 2010, ouvrant ainsi le droit à un quart de rente au 6 mars 2011, soit après le délai d'attente d'une année ».

Le 21 juin 2013, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision.

Le 1^{er} juillet 2013, le Dr W._____ s'est déterminé comme il suit sur le rapport complémentaire établi le 20 juillet 2012 par la Dresse G._____ :

« Le médecin soussigné, ayant en traitement, M. L._____ depuis mai 2009, déclare contester formellement les conclusions de l'expertise susnommée.

1. Sur le plan du diagnostic (page 5/8 de l'expertise, vers le milieu de la page), je conteste la formulation « Status après troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée » ainsi que l'affirmation : « Le tableau actuel a évolué en : Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (sinistrose) ». Je conteste le fait que ce diagnostic ne mentionne pas la présence actuelle et la persistance, voire l'aggravation de la réaction dépressive prolongée.

2. Dans l'appréciation du cas je conteste le fait que les symptômes groupés par l'expert sous le diagnostic de sinistrose sont de ce fait considérés comme sortant du champ médical. On lit en effet, page 5/8 de l'expertise, 5 lignes avant la fin de la page : « Etant donné que ce tableau de sinistrose sort du champ médical... »

3. Dans l'appréciation du cas (page 6/8 de l'expertise, première ligne), je conteste la phrase : « La notion alléguée d'aggravation ne s'appuie sur aucun élément psychiatrique objectivable et les plaintes mentionnées sortent du champ médical ».

4. Dans les réponses aux questions, point B.1 (page 6/8 de l'expertise, 2^e ligne avant la fin de la page), je conteste l'affirmation selon laquelle il n'existerait « aucune limitation » à la capacité de travail de l'intéressé sur le plan psychique et mental.

5. Dans les réponses aux questions, point B, 2.6 (page 7/8 de l'expertise, vers le milieu de la page), s'agissant des mesures d'ordre professionnel proposées par l'expertise précédente, du 10 janvier 2011, je conteste l'affirmation selon laquelle l'expertisé « a refusé ces mesures, pour des raisons sortant du champ des maladies psychiatriques ».

Je donne ci-après les raisons qui m'amènent à m'opposer à l'expertise de la Dresse G. _____ sur les points mentionnés.

1. En fait, tous les symptômes que je mentionnais dans mon rapport AI du 19.12.2010 persistent actuellement. Je mentionnais : une lassitude, une fatigabilité accrue ; un sentiment de tristesse ; une perte de la joie de vivre, du plaisir dans les activités habituellement investies ; une tendance à l'isolement, un évitement des contacts sociaux ; un pessimisme quant à l'avenir, une absence de perspectives, une incapacité de former des projets ; un sentiment d'infériorité, une tendance à l'autodévalorisation, un sentiment d'échec généralisé ; la rumination de pensées négatives ; le fait de vivre ses troubles somatiques comme confirmation de son vécu d'échec ; des troubles du sommeil, des cauchemars fréquents ; des difficultés de concentration (notamment pour la lecture) ; une impression d'être bloqué, ralenti dans ses mouvements, alternant avec des moments d'agitation, une tendance à tourner en rond sans but dans son appartement.

Cet état entraîne une difficulté, voire incapacité à s'impliquer dans des activités même simples, en raison de la persistance de ruminations négatives relatives à son état et des difficultés de concentration qui en résultent.

Quant à la notion de « majoration de symptômes physiques », je conteste formellement ce point. Notamment l'apparition, dans le premier semestre de 2011, d'un rhumatisme d'origine psoriasique, constitue une péjoration bien réelle de l'état physique de l'assuré, entraînant des douleurs importantes, nécessitant un traitement aux effets secondaires pénibles. Loin que l'on puisse dire que les symptômes physiques de M. L. _____ aient été « majorés pour des raisons psychologiques », je pense à l'inverse que la conjonction de troubles physiques multiples (problèmes liés à ses troubles cardiaques - nécessitant pose de stents - à son hypertension, à son diabète, à son psoriasis) a contribué au découragement de l'assuré et à son impression que toute perspective d'avenir était compromise en raison des [sic] ces troubles.

2. Les symptômes dépressifs présentés par M. L. _____ continuent de nécessiter un traitement médical. Il paraît incompréhensible de dire que ces symptômes, ou certains d'entre eux, « sortent du champ médical » du fait qu'ils seraient artificiellement rangés sous la rubrique « sinistrose ». Si par ce terme de sinistrose on entend le fait que l'assuré se sent victime du fait de la non-reconnaissance de ses troubles par l'assurance, il n'en reste pas moins que ce trouble est incapacitant dans la mesure où la rumination de ce sentiment de non-reconnaissance l'empêche de se concentrer et d'investir une activité suivie, car les pensées négatives relatives entre autres à ce sentiment viennent interférer avec l'activité et l'amènent rapidement à laisser tomber celle-ci. C'est le cas par exemple pour la lecture : s'il commence l[a] lecture d'un banal article de journal, au-delà du titre, il renonce après quelques lignes à poursuivre, parce que ces pensées reviennent et contrarient la poursuite de son effort de concentration, de sorte qu'il se lasse. De même, lorsqu'il regarde la télévision, il ne parvient le plus souvent pas à suivre l'intrigue d'un film, pour la même raison ; assez rapidement, il se lasse et « zappe ».

Sur cette question relative au terme « sinistrose », je me permets de signaler que, lors de l'entretien téléphonique du 20 juillet 2012 mentionné par l'expert (page 6/8, 3^{ème} alinéa), n'étant pas préparé à cette discussion, je n'ai en effet pas contesté ce terme. Toutefois, la Dresse G. _____ omet de signaler dans l'expertise que j'ai dit, lors de cet entretien téléphonique que, quel que soit le terme dont elle désigne les troubles présentés par M. L. _____, ces troubles sont incapacitants, dans la mesure où ils l'empêchent d'investir une activité suivie, en interférant avec sa capacité d'attention et de concentration.

3. Sous certains aspects, entre l'époque de la première expertise du 10 janvier 2011 et celle du 20 juillet 2012, l'état dépressif de M. L. _____, s'est aggravé. Ainsi l'anhédonie et l'aboulie (à mon avis déjà présentes début 2011) ont augmenté d'intensité ; par ailleurs, les obsessions suicidaires sont devenues plus prononcées.

Par ailleurs, comme déjà mentionné, le développement au cours du printemps 2011 d'une nouvelle affection physique (rhumatisme d'origine psoriasique), limitant sa mobilité et nécessitant des traitements aux effets secondaires particulièrement pénibles, a contribué à renforcer chez M. L. _____ le sentiment que sa situation était sans espoir et aggravé par là l'état dépressif.

Il est surprenant que l'expertise nie toute aggravation objectivable de l'état dépressif entre ces deux moments, alors même que par ailleurs la première expertise (du 10 janvier 2011) affirmait (à mon avis à tort) « il n'y a ni anhédonie ni aboulie », tandis que l'expertise de juillet 2012 reconnaît la présence d'une anhédonie et d'une aboulie (attribuées par elle à l'inactivité et au déconditionnement) ; ce qui, si ces affirmations étaient vraies, représenterait en soi une aggravation, par le seul fait de l'adjonction de nouveaux symptômes de la lignée dépressive.

De même, alors que l'expertise de janvier 2011 ne relevait pas d'obsessions suicidaires : « La perception de l'avenir est structurable, tout en étant sombre. L'assuré (...) n'élabore pas de scénario suicidaire actuellement » (page 6/9 de cette expertise, vers les 2/5èmes de la page), l'expertise plus récente n'ignore pas qu'il a été nécessaire en juin et juillet 2011 d'hospitaliser l'assuré pour le protéger d'impulsions suicidaires, ainsi que le fait que l'expertisé déclare « penser tout le temps au suicide » (page 6/8 de l'expertise de 2012, 11^{ème} ligne). Cette expertise refuse toutefois, de manière difficilement compréhensible, d'y voir le signe de la présence, voire de l'aggravation du trouble dépressif.

Quant à l'affirmation selon laquelle les plaintes de l'assuré « sortent du champ médical », elle me paraît surprenante et même particulièrement choquante, étant donné que ces plaintes continuent de rendre nécessaire un traitement médical, y compris une hospitalisation psychiatrique dans le but de protéger la vie de M. L._____.

4. En raison des troubles mentionnées [sic], l'assuré ne peut actuellement pas s'investir dans une activité suivie, même simple. Les troubles de la concentration notamment constituent une limitation à la capacité de travail de l'intéressé. En fait, il faut admettre que les troubles de l'assuré entraînent encore actuellement une incapacité de travail complète ainsi qu'une incapacité à s'impliquer dans des mesures professionnelles.

Je suis d'accord avec la considération de l'expert selon laquelle, lorsque une amélioration effective et suffisante de l'état de l'assuré le permettra, la reprise d'une activité constituera un facteur important de poursuite de cette amélioration, par le fait de rendre à l'assuré le sentiment de son utilité. Jusqu'ici, cela n'a pas été possible. Des améliorations transitoires fluctuantes ont pu être observées à divers moments, mais elles n'étaient pas suffisamment durables et consistantes pour pouvoir envisager une reprise d'activité ou des mesures professionnelles.

5. L'état de l'assuré ne lui a pas permis jusqu'ici de s'engager dans des mesures professionnelles. Ce fait est lié à la pathologie dépressive décrite et ne manifeste pas une volonté de s'opposer aux mesures proposées. Au contraire, M. L._____ ne demanderait pas mieux que de pouvoir reprendre une activité et grâce à cela cesser de se sentir dépendant de l'entourage ainsi que des assurances sociales. Ainsi, il est faux d'affirmer que l'assuré ait « refusé » des mesures d'ordre professionnel pour des raisons extérieures à la présence de troubles psychiques ».

Dans un rapport du 12 juillet 2013, la Dresse B._____ a notamment mentionné ce qui suit :

« **Diagnostics :**

- **Rhumatisme psoriasique avec sacro-iliite et liquide articulaire inflammatoire (genou), HLA B27 négatif.**
 - CRP initialement élevée à 20 mg/l début 2011.
 - Sous anti TNF surtout pour l'atteinte cutanée
 - Enbrel : échappement thérapeutique, actuellement sous Humira depuis début Janvier 2013.
- Psoriasis, suivi dans le service de Dermatologie du Centre hospitalier K._____.

Antécédents :

- Dépression avec antécédent d'hospitalisation en psychiatrie. Plusieurs menaces de tentanem [sic] en 2013.
- Diabète, hypertension artérielle, cardiopathie ischémique avec multiples pontages et stents
- Polyneuropathie sensitive.
- Gastroskopie en décembre 2012 : histologie normale.
- Status post-opération de la cataracte droite.
- Hépatomégalie stéatosique.
- Sérologie positive pour Toxocara.

[...]

Problèmes et attitude :

1/ Pas de signe d'activité inflammatoire clinique du rhumatisme psoriasique.

Biologiquement la VS est modérément élevée et la CRP est négative. Il n'y avait pas d'activité sur le dernier score SONAR en avril 2013 ni d'atteinte inflammatoire sur les radiographies des mains et des pieds en octobre 2012.

Je renouvelle un bon de physiothérapie centrée sur le rachis.

Le patient a toujours de multiples plaintes qui ne me semblent pas en lien avec le rhumatisme psoriasique (douleurs neurogènes des 4 membres) Je propose au médecin-traitant de faire réévaluer le patient par un neurologue pour les paresthésies des 4 membres, car les paresthésies s'étendent maintenant aux mains. Je laisse le soin au médecin-traitant d'augmenter la dose de Lyrica s'il le juge nécessaire ».

Le 12 juillet 2013, le Dr S._____ a écrit à l'OAI ce qui suit :

« [...] J'ai appris que vous avez, en date du 31.05.2013, transmis un projet d'acceptation de rente à 50% en tenant compte des limitations fonctionnelles sur le plan somatique mais en ne reconnaissant pas de limitations sur le plan psychologique ou psychiatrique.

Vous avez dû recevoir l'avis du Dr. W._____ psychiatre FMH qui conteste très formellement l'appréciation de votre expert, la [D]resse G._____.

Sur le plan somatique et sous l'angle diabétologique, je vous apporte quelques explications complémentaires : vous avez appris que déjà l'âge de 40 ans. [sic] M. L._____ a présenté une coronaropathie tritonculaire sévère. Il y a donc vraisemblablement une susceptibilité cardio-vasculaire au stress, très préoccupante et ceci doit être rajouté à l'analyse psycho-dynamique et psychiatrique et représente en soi une limitation fonctionnelle.

En d'autres termes, il faut ajouter dans les limitations fonctionnelles une occupation limitant le stress de façon optimale.

Enfin sur le plan diabétologique, il faut rappeler une neuropathie sensitive douloureuse des membres inférieurs s'ajoutant aux autres problématiques somatiques répertoriées.

Je précise par ailleurs que je m'associe parfaitement à l'analyse du Dr. W._____ à tel point que je ne lui reconnais personnellement pas de capacité économique dans une formation d'informaticien.

Dans votre projet d'acceptation de rente vous parlez d'une activité adaptée et de production de services mais vous ne précisez pas laquelle. Personnellement je verrais M. L._____ dans une activité d'informaticien de conseil simple à titre occupationnel, soit des conseils informatiques pour des quidams ou des utilisateurs de l'informatique simple domestique hors d'un contexte stressant et hors d'un marché du travail très concurrentiel et que l'on sait très astreignant dans le monde informatique. Ceci aurait pour avantage d'être thérapeutique puisque nous devons intégrer dans la problématique dépressive du patient une souffrance réelle d'être mis à l'écart du monde du travail.

En conclusion, je soutiens parfaitement l'appréciation du Dr. W._____ et je tenais à souligner l'importance d'un stress, très délétère sur la santé cardio-vasculaire de ce patient. Je crains sinon un nouvel évènement cardiovasculaire dans un délai rapproché ».

Le 9 août 2013, la Dresse G._____ s'est déterminée sur le rapport du Dr W._____ du 1^{er} juillet 2013 en ces termes :

« [...] En premier lieu, je dois signaler que mes deux rapports d'expertise rédigés les 10 janvier 2011 et 20 juillet 2012 n'ont aucunement banalisé ni négligé la détresse et la souffrance de M. L._____.

Face à mon appréciation, il est peut-être utile de rappeler que la fonction d'expert nécessite non seulement de prendre en compte les symptômes annoncés par l'expertisé, de les confronter aux signes cliniques observés afin d'en établir des diagnostics, mais aussi de se conformer aux bases légales de la Médecine des Assurances, afin

d'en déduire d'éventuelles limitations fonctionnelles et l'exigibilité professionnelle. Cette démarche est indépendante de la volonté de l'expert, elle s'appuie sur des bases jurisprudentielles.

En ce sens, le diagnostic contesté de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est défini, au sens de la classification CIM-10 et dans la situation qui nous concerne, comme une maladie ou un handicap physique amplifié ou entretenu par l'état psychique du patient. Un sentiment de détresse face au handicap est reconnu et le facteur déclenchant peut correspondre à une insatisfaction relative au résultat du traitement ou à des investigations, ainsi qu'à la déception quant à la qualité des soins médicaux (telle qu'elle est perçue).

Si l'on reprend les arguments du Dr W. _____ pour mettre en avant un diagnostic de dépression, force est de constater le déséquilibre entre le nombre des symptômes allégués et les signes cliniques qui sont restés modestes, comme l'attestent également les deux status rédigés dans mes rapports d'expertise du 10 janvier 2011 et du 20 juillet 2012.

Cette discordance étant justement la singularité d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, elle est retrouvée tant dans les descriptions du psychiatre traitant que dans celles de l'expert. L'amplification des symptômes et la sinistrose sont soumis aux mêmes critères diagnostics.

Ainsi, lorsque dans sa critique du 1^{er} juillet 2013, le Dr W. _____ met en avant nombre de symptômes générant de la souffrance alors que son status clinique est pauvre, il caractérise le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Il y a donc consensus dans l'appréciation clinique, mais pas dans les diagnostics.

Etant donné que l'établissement des limitations fonctionnelles doit s'appuyer sur des critères d'atteinte objective, l'examen pour expertise n'a pas pu en émettre ; il n'y a donc pas d'argument clinique permettant de reconnaître une incapacité de travail. Par contre, au vu de l'ampleur de la détresse de l'expertisé dans le cadre d'une personnalité à traits dépendants, la mise en place de mesures d'ordre professionnel a été proposée par l'expert psychiatre et elle est toujours d'actualité.

Quant à l'évocation d'une hospitalisation en milieu psychiatrique dont l'expertisé a fait l'objet entre le 22 juin et le 8 juillet 2013, la lettre de sortie de cet internement la motive par un départ en vacances du psychiatre traitant. Cet élément ne constitue pas une preuve d'un état dépressif sévère, mais il peut être inclus dans les caractéristiques de la personnalité dépendante reconnue chez l'intéressé.

Lorsqu'en dernière page de son document, le Dr W. _____ mentionne qu'il est faux d'affirmer que l'assuré ait refusé des mesures d'ordre professionnel pour des raisons extérieures à la présence de troubles psychiques, on peut lire dans le rapport REA de l'AI de janvier 2011 le refus des mesures d'ordre professionnel mentionné par l'expertisé qui, au moment de l'entretien pour

expertise du 3 juillet 2012 à mon cabinet médical, a confirmé ce positionnement. Cette attitude est corroborée par la lettre de sortie de l'hospitalisation de Hôpital de R. _____ du 22 juin au 8 juillet 2011, qui mentionne que l'expertisé accepte toutes propositions en entretien, mais les mettant en échec dans les faits. Il y a donc lieu d'en déduire que l'assuré ne fait pas tout pour réduire le dommage.

En conclusion, la lecture du document signé le 1^{er} juillet 2013 par le Dr W. _____ concernant l'expertisé mentionné ci-dessus n'apporte aucun élément nouveau face aux deux rapports d'expertise que j'ai adressés à l'AI ; les arguments qu'il contient dans le but de contester les conclusions de mes expertises ne permettent pas de les remettre en question au sens des bases légales de l'AI et aucune preuve d'aggravation de l'état de santé psychiatrique n'est apportée. Quant aux références à l'atteinte somatique à la santé (rhumatisme d'origine psoriasique), les limitations fonctionnelles secondaires à cette atteinte ne sont pas du ressort d'un psychiatre ».

Par décision du 22 novembre 2013, l'OAI a alloué à l'assuré un quart de rente du 1^{er} mars 2011 au 30 avril 2012 et une demi-rente dès le 1^{er} mai 2012 pour les mêmes motifs que dans le projet de décision.

B. Par acte du 18 décembre 2013, L. _____ a recouru contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Il soutient notamment que les rapports du Dr W. _____ font apparaître les conclusions des rapports de la Dresse G. _____ comme particulièrement suspects, d'où la nécessité de mettre en œuvre une expertise pour départager les avis contradictoires de ces deux médecins.

Il a notamment produit une lettre adressée le 20 novembre 2013 à son conseil par le Dr W. _____ et dont la teneur est la suivante :

« Dans votre lettre du 6 novembre à votre client M. L. _____, né le [...] 1955, vous lui suggérez de me demander de reprendre la plume pour répondre aux arguments développés par la Dresse G. _____ dans son dernier document (son rapport complémentaire à l'OAI daté du 9 août 2013), ce que je fais par la présente. Voici ce que je puis dire à ce sujet.

Mettant de côté les considérations générales sur le rôle de l'expert en assicurologie qui sont développées dans ce rapport, dont je ne vois pas l'utilité mais sur lesquels je n'ai pas d'objection, j'en viens aux éléments de fait qui sont l'objet de contestation.

1. La Dresse G. _____ affirme l'existence d'un déséquilibre entre le nombre des symptômes allégués par moi pour fonder le diagnostic de dépression, et ce qu'elle considère comme la pauvreté des signes cliniques, restés modestes selon son appréciation.

Je conteste ce point. Il est exact que, dans mon rapport du 1.07.2013 en réponse au rapport d'expertise, j'ai relevé la présence persistante, dans le tableau clinique présenté par M. L. _____, de nombreux symptômes de dépression. Ces symptômes sont en effet tous présents, encore actuellement, à un degré élevé.

Sur la question du nombre de symptômes allégués, je relève que, selon la CIM-10, cet élément est pertinent pour qualifier la gravité d'un épisode dépressif. Ainsi, le manuel « Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic » de la CIM-10, en p. 106, chiffre F32, énumère dans sa partie générale sept symptômes, listés de (a) à (f) ; et dans les rubriques détaillées relatives à l'épisode dépressif « léger », resp « moyen », enfin « sévère sans symptômes psychotiques », ces épisodes sont tous trois caractérisés par les symptômes « humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité », associés à « au moins deux » (pour l'épisode léger), « au moins trois (et de préférence quatre) » (pour l'épisode moyen), et enfin « quatre (et de préférence cinq) » (pour l'épisode sévère), des autres symptômes dépressifs de la liste figurant dans la partie générale.

Dans le cas de M. L. _____, ainsi que je l'ai expliqué, outre les symptômes généraux « humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité », nettement présents, au moins quatre des autres symptômes de cette liste figurent parmi ceux que j'ai relevés : des difficultés de concentration (notamment pour la lecture) (point (a)) ; un sentiment d'infériorité (point (b)) ; la tendance à l'autodévalorisation (point (c)) ; le pessimisme quant à l'avenir (point (d)) ; les idées suicidaires (point (e)) ; une perturbation du sommeil (point ((f)). J'ai mentionné en outre la tendance à l'isolement, à l'évitement des contacts sociaux.

Tous ces symptômes sont présents de façon nette chez M. L. _____, de manière continue depuis 2009 au moins, et ceci de manière invalidante. En particulier la difficulté de concentration interfère avec la capacité du patient à s'adonner à une lecture suivie, à suivre une émission de télévision, et a fortiori à s'impliquer dans des activités suivies quelles qu'elles soient.

Ainsi, sur la base des critères de la CIM-10, on doit admettre la présence, chez M. L. _____, d'un épisode dépressif de degré moyen à sévère. Cet épisode s'inscrit dans le cadre d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Il est présent, avec de légères fluctuations, de manière continue depuis 2009 au moins et ceci jusqu'à aujourd'hui, et entraîne depuis la même époque une incapacité de travail de manière complète et continue jusqu'à aujourd'hui.

Mais cependant, la Dresse G. _____ prétend opposer à ce diagnostic établi selon les critères internationalement reconnus, une prétendue « pauvreté » de la symptomatologie, un caractère « modeste » des signes de dépression présents chez M. L. _____. Il

est impossible de voir d'où elle tire cette considération. A mon avis, il s'agit d'un « fait clinique » inexistant ; il s'agit d'une appréciation erronée, en fait une déclaration purement gratuite, sans rapport avec la réalité clinique.

2. Il en résulte que je conteste également les conséquences que la Dresse G._____ déduit de cette appréciation erronée, à savoir que ce déséquilibre allégué entre un nombre de symptômes et une « pauvreté » des signes cliniques confirmerait la notion d'amplification des symptômes et par là de sinistrose.

3. Concernant l'hospitalisation psychiatrique dont M. L._____ a fait l'objet du 22 juin au 8 juillet 2011 (et non pas 2013 comme le déclare la Dresse G._____), elle affirme que « la lettre de sortie de cet internement la motive par un départ en vacances du psychiatre traitant ».

Je conteste cette interprétation. Cette lettre de sortie, adressée à moi-même par le [...] en date du 24 août 2011, ne motive nullement l'hospitalisation de M. L._____ par mon départ en vacances. Il est exact par contre que les mots « Lors de votre dernière consultation précédant vos vacances » y figurent dans l'évocation des circonstances de l'hospitalisation.

En fait, durant toute la période où M. L._____ a été hospitalisé, j'étais présent à mon cabinet. Mes vacances n'ont débuté que le 9 juillet 2011. Il est exact que la consultation où l'hospitalisation a été décidée a été la dernière avant mon départ ; mais si l'hospitalisation de M. L._____ avait été plus courte, ou s'il n'avait pas été nécessaire de l'hospitaliser, je l'aurais revu à ma consultation avant mon départ.

Si la lettre de sortie, rédigée après l'hospitalisation de M. L._____, évoque cette question, c'est dû au fait que, lors d'un entretien téléphonique qui a eu lieu pendant son séjour à l'hôpital avec le médecin assistant qui le suivait, j'ai mentionné que je serais absent à partir du 9 juillet.

La seule raison de l'hospitalisation de M. L._____ a été de le protéger contre des impulsions suicidaires. La perspective de mon départ en vacances deux semaines et demi plus tard n'a pas joué de rôle dans ma décision d'hospitaliser M. L._____. Il m'a semblé nécessaire de réfuter les interprétations erronées de la Dresse G._____ sur ce point, car elles me semblent révélatrices de la manière dont elle utilise tous les arguments qui lui paraissent de nature à minimiser la gravité de l'état de M. L._____.

4 Quant aux arguments par lesquels la Dresse G._____ prétend étayer sa considération selon laquelle M. L._____ ne fait pas tout ce qui est en son pouvoir pour réduire le dommage résultant de son incapacité de travail, je les conteste également.

Il est vrai qu'il n'a pas donné suite aux propositions qui lui ont été faites par l'OAI ; mais il s'en est expliqué par lettre, dans les délais. S'il a procédé ainsi, ce n'est pas qu'il ait refusé de faire ce qui est en son pouvoir pour réduire le dommage lié à son incapacité, mais c'est en raison du fait que, pour les raisons mentionnées plus haut, son

état ne lui permettait toujours pas de s'impliquer dans une activité suivie même simple, et que sa présence dans un lieu de formation n'avait dès lors pas de raison d'être et n'était pas de nature à réduire ce dommage.

Il est également inexact de tirer argument pour dire cela, des considérations de la lettre de sortie de Hôpital de R. _____ du 24 août 2011 sur les circonstances de sa sortie de l'hôpital. En effet, M. L. _____, se trouvant mieux, a estimé qu'il n'y avait pas de raison de prolonger son séjour. Les congés progressifs qui lui ont été proposés n'impliquaient pas de démarche particulière que celui-ci aurait à faire pour réduire son incapacité, et qu'il aurait refusé ou négligé de mettre en oeuvre. Il n'est donc pas exact de dire que son attitude à la fin de ce séjour hospitalier confirmerait qu'il ne fait pas ce qui est en son pouvoir pour réduire le dommage.

5. Quant à la remarque finale de la Dresse G. _____ selon laquelle les limitations fonctionnelles résultant de l'atteinte somatique à la santé ne sont pas du ressort d'un psychiatre, elle va de soi ; il importe toutefois à ce sujet de rappeler que cette atteinte somatique a eu des répercussions importantes sur l'état psychique de M. L. _____, et que la péjoration de sa santé physique fait partie des éléments en réaction auxquels le trouble de l'adaptation s'est développé (en particulier, l'apparition du rhumatisme psoriasique a été une des causes de l'aggravation de l'état psychique qui a rendu nécessaire l'hospitalisation de 2011) ».

Dans sa réponse du 12 février 2014, l'intimé a relevé que le préjudice économique calculé pour l'année 2012 était à chiffrer à 56%, selon le rapport final du spécialiste en questions professionnelles du 28 mai 2013 (et non 51%, comme indiqué dans la décision attaquée). Il en a conclu qu'il aurait dû reconnaître le droit à un quart de rente dès le 1^{er} mai 2011, à une rente entière trois mois après, soit dès le 1^{er} août 2011, puis à une demi-rente dès le 1^{er} mai 2012, soit trois mois après la diminution de l'incapacité de travail et a proposé la réforme de la décision entreprise en ce sens. En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail, il a confirmé le taux retenu dans la décision attaquée.

A l'appui de sa réplique du 10 mars 2014, le recourant a requis l'audition des Drs G. _____ et W. _____.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; 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 de l'assurance-invalidité cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. Est litigieux en l'espèce le droit du recourant à une rente entière d'invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de

longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable ; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins à un trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 ; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

De jurisprudence constante, 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a 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. 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 précité 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 ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

4. **a)** En l'espèce, sur le plan psychiatrique, le Dr W._____ a posé, le 19 janvier 2010, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et indiqué de nombreux symptômes (notamment : lassitude, fatigabilité accrue, sentiment de tristesse, perte

de la joie de vivre et du plaisir dans les activités habituellement investies, tendance à l'isolement, évitement des contacts sociaux, troubles du sommeil, cauchemars fréquents, difficultés de concentration, baisse de l'efficacité professionnelle – pour les périodes où le recourant avait eu une telle activité –, et difficulté, voire incapacité, à s'impliquer dans des activités même simples). Il estimait la capacité de travail nulle, depuis le 25 mai 2009, compte tenu des troubles de la concentration et de la difficulté à s'investir dans des tâches même simples.

L'experte, dans son rapport du 10 janvier 2011, a également posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, compliqué par une personnalité à traits dépendants. Elle a toutefois mentionné que son examen ne mettait en évidence qu'une composante dépressive d'intensité légère à caractère réactionnel, associée à de fortes préoccupations par des atteintes physiques à la santé que l'intéressé considérait comme insurmontables, ce qui accentuait encore sa souffrance psychique. Elle a estimé que la composante incapacitante de ce diagnostic n'était pas absolue, le recourant ayant travaillé depuis 2001 et le Dr W. _____ étant d'avis que des mesures professionnelles pourraient être appliquées à l'avenir. Elle a dès lors retenu une capacité de travail entière dans l'activité habituelle dès la mise en place d'une aide à l'emploi.

Toutefois, le 4 mars 2011, le Dr W. _____ a déclaré que les observations contenues dans son rapport du 19 janvier 2010 étaient toujours actuelles et il a écrit le 20 juin 2011 à l'intimé que l'état de santé de son patient s'était encore aggravé au cours des dernières semaines, avec un sentiment de désespoir accompagné d'idéations suicidaires obsédantes. Le recourant a d'ailleurs dû être hospitalisé à l'Hôpital de R. _____ du 22 juin au 8 juillet 2011 pour le mettre à l'abri d'un geste auto-agressif. Au cours de cette hospitalisation, les Drs V. _____ et T. _____ ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, et d'accentuation de traits de personnalité paranoïaque et narcissique. Ces praticiens ont constaté à l'examen clinique que la thymie était abaissée

avec asthénie, anhédonie, repli social, irritabilité, perte d'espoir, sentiment de dévalorisation, idées de culpabilité et difficultés de concentration. Ils ont ajouté que le recourant évoquait des idées suicidaires scénarisées par ingestion de médicaments, mais entraînait rapidement dans un contrat de non-passage à l'acte. Ces médecins ont ainsi constaté les mêmes symptômes que ceux décrits par le Dr W._____.

Dans un complément d'expertise du 20 juillet 2012, la Dresse G._____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de status après troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, compliqué par une personnalité à traits dépendants, le tableau actuel ayant évolué en majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (sinistrose). Quant au bilan d'évolution, elle a déclaré constater de clairs signes d'amélioration de la composante dépressive, dans un tableau dominé par un processus d'invalidation fortement ancré, la détermination de l'intéressé rendant illusoire tout projet de reprise professionnelle, malgré le contexte actuel d'amélioration des signes dépressifs. Le tableau de sinistrose sortant du champ médical, elle en a conclu qu'il ne pouvait être reconnu, au sens de l'assurance-invalidité, comme une atteinte à la santé prenant un caractère invalidant et qu'aucune atteinte psychiatrique n'avait empêché le recourant de se soumettre aux démarches de reprise d'emploi qui lui avaient été proposées début 2011. S'agissant de la lettre de sortie de l'hospitalisation à Hôpital de R._____ signée par les Drs V._____ et T._____, elle a mentionné que les velléités suicidaires annoncées ne faisaient pas état de passage à l'acte et que, dès lors qu'une personnalité à traits dépendants pouvait décompenser en exprimant des intentions suicidaires - par exemple dans un contexte de vacances du psychiatre traitant -, cette observation reflétait le lien thérapeutique tenu entretenu avec ce thérapeute. Elle a en outre retenu que les descriptions figurant dans cette lettre s'accordaient à son appréciation de ce jour et étaient compatibles avec le diagnostic de sinistrose. Elle ne décrit toutefois pas les mêmes symptômes que ceux évoqués par les médecins de Hôpital de R._____. En outre, ceux-ci ne mentionnent à aucun moment que les

idées suicidaires du recourant étaient en relation avec le départ en vacances du Dr W._____.

On ne comprend pas non plus que l'experte indique que les diagnostics posés par le Dr W._____ sont consensuels avec sa propre appréciation, puisque contrairement à ce médecin, elle retient que le tableau a évolué vers une sinistrose.

Le Dr W._____ a d'ailleurs contesté ce complément d'expertise dans un rapport du 1^{er} juillet 2013. Il a notamment déclaré continuer à observer les symptômes dépressifs décrits dans ses précédents rapports et qui continuaient à nécessiter un traitement, contester la notion de « majoration de symptômes physiques », en particulier en relevant l'apparition d'un rhumatisme d'origine psoriasique, qui constituait une péjoration bien réelle de l'état physique de l'assuré, entraînant des douleurs importantes et nécessitant un traitement aux effets secondaires pénibles.

Dans leurs rapports ultérieurs, ces praticiens ont maintenu leurs conclusions. Les explications complémentaires de l'experte ne permettent toutefois pas de lever les contradictions rappelées ci-dessus. Les constatations du Dr W._____, corroborées par les médecins de l'Hôpital de R._____ lors de l'hospitalisation du recourant en été 2011, mettent en doute les conclusions de l'experte.

Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait les suivre, mais devait ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise.

b) Sur le plan somatique, le recourant est en outre atteint de plusieurs pathologies, notamment cardiaque, rhumatologique et neurologique. La Dresse B._____ a constaté, dans son rapport du 12 juillet 2013, que sur le plan neurologique, les paresthésies s'étendaient maintenant également aux mains et a suggéré au médecin traitant du recourant que celui-ci soit réévalué par un neurologue. On ignore si cette

affection, qui semble s'aggraver, a des conséquences sur la capacité de travail.

c) Si des expertises ont eu lieu sur le plan cardiologique en 2010, sur le plan rhumatologique en 2011 et sur le plan psychiatrique de 2011 à 2013, aucune synthèse n'a pu être effectuée, dès lors que chaque expert a agi séparément et à des périodes différentes. Ainsi, il n'y a pas au dossier d'appréciation portant sur l'ensemble des pathologies présentées par le recourant et leur influence conjointe sur la capacité de travail de celui-ci.

5. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice - par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait - ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié, si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 169 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des contradictions en cause et des lacunes d'instruction, au plan psychiatrique notamment, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, dès lors que ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ont pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision, après avoir complété l'instruction du dossier en ordonnant une expertise pluridisciplinaire (cf. art. 44 LPGA).

c) Compte tenu de l'issue du litige, il y a lieu de rejeter les réquisitions du recourant relatives à une instruction complémentaire dans le cadre de la procédure judiciaire.

6. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants qui précèdent, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Ceux-ci, arrêtés à 400 fr., doivent être mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

Par ailleurs, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à l'allocation de dépens, fixés à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 22 novembre 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à L._____ 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

- IV. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier, avocat (pour L._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :