

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 novembre 2017

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mme Thalmann, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourant, représenté par Procap, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 LAI.

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assuré), né en 1966, père d'un fils aujourd'hui majeur, s'est vu délivrer un « *permis poids lourds* » en 1998, un « *permis remorque* » en 2000, un « *permis car* » en 2002 et un « *permis cariste* » en 2004. Selon les pièces du dossier et en particulier l'extrait de son compte individuel, il a œuvré pour le compte de plusieurs employeurs tout au long de son parcours professionnel, essentiellement en tant que chauffeur poids lourds depuis 1999. C'est à ce titre qu'il a été engagé le 1^{er} mars 2010 par l'entreprise F. _____ SA. Après avoir licencié l'assuré pour le 30 septembre 2010 considérant que ce dernier ne correspondait plus aux exigences (cf. questionnaire de l'employeur du 16 juin 2011 ch. 2.2), cette entreprise a complété un formulaire de détection précoce le 19 novembre 2010, signalant que l'intéressé s'était trouvé en incapacité totale de travail dès le 26 juillet 2010 sans en avoir communiqué le motif. A ce formulaire étaient notamment annexés différents certificats médicaux attestant une entière incapacité de travail durant la période du 26 juillet au 30 septembre 2010.

Dans le cadre d'un entretien de détection précoce avec une collaboratrice de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) en date du 20 janvier 2011, l'assuré a indiqué que son arrêt de travail était la conséquence d'une dépression, d'une perte de poids importante, ainsi que de diarrhées et de fatigue chroniques ; il a précisé souffrir d'une nervosité excessive ainsi que de diarrhées depuis cinq à six ans et avoir été licencié pour cause d'« *absentéisme maladie* » (cf. rapport d'évaluation du 21 janvier 2011). Le 11 février suivant, l'intéressé a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) faisant mention d'une dépression et de gros problèmes de nervosité.

Le 24 février 2011, le Dr L. _____, chef de clinique adjoint à l'Unité de psychiatrie ambulatoire (ci-après : UPA) d'I. _____, a écrit à l'OAI pour expliquer que la prise en charge de l'assuré en était à son début, soit dans la phase d'évaluation, et qu'il ne lui était possible de

s'exprimer quant aux limitations fonctionnelles sur le long terme, étant souligné que des arrêts de travail ponctuels avaient été établis sur vingt jours en août 2010, durant tout le mois de septembre 2010, ainsi que du 19 novembre au 3 décembre 2010. A cet écrit étaient annexés les documents suivants :

- un rapport de consultation ambulatoire établi le 13 août 2010 par le Dr Z._____, chef de clinique adjoint à l'UPA d'I._____, exposant notamment que l'assuré présentait une symptomatologie anxio-dépressive d'intensité moyenne/sévère avec une personnalité à traits pathologiques dans un contexte professionnel et familial compliqué, retenant les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et de trouble de la personnalité anankastique (F60.5) probable, et précisant également qu'il avait été conseillé au patient de prendre correctement le traitement de Cipralext prescrit, l'intéressé prenant un demi-comprimé par jour à la place d'un comprimé ;

- un rapport rédigé le 6 janvier 2011 par le Dr L._____, indiquant notamment ce qui suit :

"Anamnèse actuelle

Le début de la crise actuelle peut être situé au mois de septembre 2010 où M. D._____ est licencié de son poste de chauffeur poids-lourd, selon lui en raison de maladie. Depuis cet épisode, il décrit une symptomatologie anxio-dépressive. Il se plaint d'une perte de l'élan vital, se sent fatigué, se questionnant sur le sens de la vie, n'ayant plus goût à rien et ne voyant pas d'amélioration par le Cipralext qui a été progressivement augmenté à 20mg.

Au niveau des antécédents psychiatriques, nous notons une unique consultation à l'UPA d'U._____ en 2007 et le début de ce suivi intermittent, d'abord par le Dr Z._____ puis par moi-même (Dr L._____) depuis septembre 2010.

[...]

Status

Patient [...] cachectique (48kg) [...] montrant un comportement psychomoteur nerveux [...]. Le contact est facile et agréable. Il n'a pas de trouble du cours et du contenu de la pensée. Le discours est légèrement accéléré, mais sans particularité. Pas de trouble des perceptions. Pas de trouble du moi, pas de délire. On constate une anhédonie, une aboulie, une perte de l'élan vital, des troubles du sommeil, des idées noires avec des idéations suicidaires plutôt

passives (idées de fatalité), sans idéation suicidaire active ou scénario de passage à l'acte. Pas de trouble du comportement alimentaire. Anxiété liée à sa situation professionnelle et à sa situation par rapport à son fils.

Impression diagnostique

Episode dépressif moyen avec syndrome somatique

Diagnostic différentiel

Trouble anxieux généralisé

Trouble de l'adaptation dans un contexte de personnalité anankastique (obsessionnelle)

Difficultés liées à la situation sociale

Trouble bipolaire de type II

Vu le tabagisme important et la cachexie non voulue du patient, une investigation chez le généraliste a été entreprise à visée de recherche d'une maladie oncologique.

Attitude

Continuer l'investigation qui s'est avérée difficile en raison de l'observance des rendez-vous du patient. [...]"

Par compte-rendu du 28 février 2010 [recte : 2011], le Dr V._____, médecin généraliste traitant, a mentionné avoir été consulté par l'assuré en 1980 pour une entorse de la cheville gauche, en 1990 pour un problème au genou gauche, en 1996 pour des diarrhées et pour de forts maux de tête, puis en 2002 pour des problèmes d'estomac et des troubles du sommeil liés à une toux probablement due à un tabagisme variable mais important ; l'assuré était ensuite revenu en 2005 en disant qu'il ne fumait plus depuis une semaine. Ce médecin a ajouté que l'intéressé l'avait à nouveau consulté durant l'été 2010 en lien avec une nervosité et une fatigue énorme - l'avis psychiatrique du Dr Z._____ ayant été demandé dans ce contexte. Le Dr V._____ a encore fait état de trois ou quatre consultations durant l'été 2010 - précisant qu'au status clinique le 27 juillet, le patient pesait 53 kg pour une taille de 170 cm (Body Mass Index [BMI] entre 17 et 18) - avant la dernière consultation du 18 janvier 2011, lors de laquelle l'intéressé avait déclaré qu'il était toujours sous Cipralex. Le Dr V._____ a conclu son rapport en indiquant que l'assuré n'avait pas de grosse pathologie somatique et que si une rente d'invalidité devait être accordée, ce serait pour des raisons psychiatriques, l'interpellation du psychiatre traitant étant à cet égard recommandée.

Aux termes d'un rapport du 14 juillet 2011, le Dr L. _____ a exposé que depuis janvier 2011, l'assuré avait été vu à trois reprises, la dernière fois en date du 18 avril 2011, étant précisé qu'il avait fait défaut à des rendez-vous en mai et en juin pourtant fixés à sa requête. L'évolution de l'état de santé était par ailleurs décrite comme relativement stationnaire par rapport à janvier, avec néanmoins une augmentation des symptômes dépressifs malgré un changement d'antidépresseur (Sertaline 150 mg). Était par ailleurs signalé un échec professionnel en mars 2011. Sur le plan diagnostique, le Dr L. _____ a confirmé la présence d'un épisode dépressif moyen, de traits de personnalité obsessionnels, ainsi que d'un trouble anxieux généralisé, relevant par ailleurs d'importants symptômes somatoformes dans le contexte de l'anxiété et de la dépression. Cela étant, ce médecin a retenu les atteintes avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis fin 2010, de traits de personnalité anankastiques depuis 2007 et de possible trouble anxieux généralisé depuis 2007. Il a préconisé l'intégration d'une assistante sociale voire d'un projet professionnel soit avec l'aide de l'AI soit avec l'aide d'un Office régional de placement, les symptômes anxieux se péjorant sous l'effet de l'inactivité. Au chapitre des restrictions, le Dr L. _____ a précisé que l'assuré se plaignait à l'heure actuelle d'un renversement du rythme nycthémeral, d'une anxiété généralisée importante, d'une perte de confiance en ses capacités, d'une fatigabilité importante et de difficultés de concentration. Pour ce médecin, l'activité exercée demeurait toutefois exigible du point de vue médical, les restrictions énumérées pouvant être réduites par un suivi psychiatrique régulier et la prise de la médication prescrite ; on pouvait ainsi s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail, bien qu'il fût difficile de se prononcer à l'heure actuelle. S'agissant des travaux pouvant encore être exigés dans le cadre d'une activité adaptée, le Dr L. _____ a exposé, dans une annexe datée du 12 juillet 2011, que la capacité de concentration était limitée par une importante fatigabilité et une anxiété restreignant les fonctions de concentration surtout dans les phases dépressives, que la capacité d'adaptation était réduite à cause de la structure de la personnalité plutôt obsessionnelle, le

patient étant très soucieux de bien faire avec une certaine rigidité sur le plan de l'adaptation, et que la résistance était elle aussi limitée en raison de l'importante anxiété. Il a encore souligné qu'une mesure professionnelle visant à réintégrer l'assuré de manière progressive dans son ancien travail peut-être initialement à un pourcentage réduit pourrait s'avérer fort utile vu les liens entre la symptomatologie anxieuse et l'arrêt de son activité.

Dans un rapport du 5 septembre 2011, le Dr V._____ a précisé avoir revu l'assuré le 11 mars 2011 pour un problème oto-rhino-laryngologique, l'intéressé ayant ensuite manqué ses rendez-vous des 30 mars et 9 mai 2011 avant d'annuler celui du 15 avril 2011. Le médecin a souligné qu'il s'agissait en résumé d'un patient « *impatient* » et que l'évolution ne lui semblait pas favorable. Il a rappelé que seul l'aspect psychiatrique pourrait motiver l'octroi d'une rente et a estimé qu'une réadaptation professionnelle paraissait illusoire.

En vue de la mise en place d'une mesure de réinsertion, l'assuré a été convoqué, le 27 octobre 2011, à un entretien avec une collaboratrice de l'OAI dans les locaux de P._____ le 9 novembre 2011. L'intéressé ne s'étant pas présenté à cet entretien ni excusé, l'OAI l'a enjoint, par courrier du 11 novembre 2011, à prendre contact afin de faire un point de la situation.

Par avis médical du 28 novembre 2011, le Dr N._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a relevé que l'assuré ne semblait pas être compliant pour répondre aux sollicitations de l'OAI et que, contacté le jour même, le Dr L._____ confirmait que le patient n'était pas non plus compliant pour son suivi psychiatrique.

Suite à son entretien téléphonique susdit avec le Dr N._____, le Dr L._____ a faxé un compte-rendu du 24 octobre 2011 dont il était l'auteur, signalant que le suivi s'arrêtait et que l'assuré serait désormais pris en charge au Secteur [...], par un thérapeute encore à déterminer. Ce document exposait en particulier ce qui suit :

"Diagnostic :

Episode dépressif moyen avec syndrome somatique, actuellement en rémission

Trouble anxieux généralisé

Personnalité à traits obsessionnels et anxieux

Difficultés liées à la situation sociale

Somatisations éventuelles

Evolution et discussion :

Le suivi de M. D. _____ a été très peu régulier sur l'année 2011. Nous l'avons vu seulement à 6 reprises au total, avec plusieurs rendez-vous manqués. L'évolution clinique est d'abord marquée par une amélioration de la symptomatologie dépressive pendant les mois de janvier et février. Nous notons quand même, durant le mois de février 2011, un tentamen suicidaire à la Méthadone dont le patient nous parle seulement au mois d'août. Persistance de l'anxiété à un niveau important. La question entre un trouble anxieux et des conséquences somatoformes ou un trouble somatique à la base, qui causerait ensuite une angoisse, n'a jamais été répondue de manière satisfaisante. En octobre 2011, le patient nous annonce qu'il va déménager sur le Secteur [...], entre autres pour se faire investiguer plus sur le plan somatique, ce qui paraît une bonne idée, vu les antécédents surtout au niveau cardio-pulmonaire et la cachexie importante.

Sur le plan du traitement, vu le non[-]respect du cadre, une psychothérapie n'a pas été possible. Au niveau médicamenteux, nous avons augmenté tout d'abord le Ciprallex jusqu'à 30mg, sans effet satisfaisant, pour le switcher ensuite vers de la Sertraline que nous avons augmenté[e] jusqu'à 200mg au dernier rendez-vous. Le patient peut encore augmenter à 250mg d'ici mi-novembre, s'il ne ressent pas d'effet anxiolytique."

Par courrier du 1^{er} décembre 2011, l'OAI, relevant que sa communication du 11 novembre précédent était restée sans suite, a invité l'assuré à prendre contact sans délai et à indiquer les noms et adresses de ses nouveaux médecins suite à son déménagement.

Sans réponse de l'assuré, l'office lui a imparti, par sommation du 18 janvier 2012, un délai au 31 janvier 2012 au plus tard pour fournir les informations demandées, l'avertissant qu'à défaut une décision serait rendue sur la base du dossier.

D'une note de suivi du 7 février 2012, il est ressorti que l'assuré avait laissé un message téléphonique à l'OAI à réception de la sommation susdite puis que, suite à plusieurs échecs de prises de contact,

l'office avait finalement réussi à joindre l'intéressé par téléphone le matin même. Ce dernier avait alors annoncé qu'il était retourné vivre à X._____, qu'il était à suivi par l'UPA d'I._____ auprès d'un nouveau médecin et qu'il était d'accord d'intégrer un programme de réinsertion auprès de P._____ pour autant que son médecin traitant estimât la mesure pertinente.

Par décision du 8 mars 2012, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il prenait en charge un entraînement à l'endurance auprès de P._____, au Centre d'appui social et d'insertion (ci-après: CASI) d'I._____, pour la période du 7 mars au 8 juin 2012.

Le 13 mars 2012, un collaborateur du CASI d'I._____ a fait savoir à l'OAI que l'assuré n'avait pas débuté le programme en question.

Nanti de cette information, l'OAI a écrit à l'assuré le 15 mars 2012, l'invitant à prendre contact avec l'une de ses collaboratrices faute d'avoir réussi à le joindre par téléphone.

A l'occasion d'un entretien téléphonique avec l'OAI le 20 mars 2012, l'assuré s'est excusé de ne pas avoir donné de ses nouvelles et de ne pas avoir débuté la mesure prévue, expliquant à cet égard qu'il ne voyait plus la pertinence d'intégrer le centre précité.

Par rapport du 3 mai 2012, la Dresse T._____, cheffe de clinique adjointe à l'UPA d'I._____ et en charge du suivi de l'assuré depuis le 1^{er} décembre 2011, a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0) et d'anxiété généralisée (F41.1), ces atteintes existant depuis l'enfance. En guise de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, elle a mentionné un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F3.4) et des traits de personnalité anankastique (Z73.1), depuis l'adolescence. Elle a plus particulièrement signalé un comportement hyperactif et des troubles importants de l'attention impliquant des troubles de la mémoire ; euthymique avec des

moments d'aboulie et d'apathie relatifs à la situation sociale dans laquelle il se trouvait, l'assuré présentait également des symptômes anxieux importants et des ruminations anxieuses concernant sa santé, son avenir, sa profession et sa famille. A cela s'ajoutait que suite à la tension anxieuse, l'intéressé souffrait de tensions musculaires, de céphalées et de troubles digestifs (diarrhées), qu'il était irritable, et qu'il avait une grande fatigabilité, le sommeil étant par ailleurs perturbé, très agité et non satisfaisant. L'assuré bénéficiait certes d'un suivi psychiatrique, mais il lui était difficile de se présenter à ses rendez-vous en raison de ses troubles. Cela étant, la Dresse T. _____ a fait part d'une incapacité de travail de 100% en cours depuis le 1^{er} décembre 2011 dans la profession de chauffeur, soulignant que l'assuré présentait de graves troubles de l'attention qui pouvaient être difficilement gérables en tant que chauffeur poids lourds et qu'il souffrait aussi d'une anxiété généralisée qui pouvait augmenter jusqu'à des états paroxystiques dans un contexte de stress. Elle a précisé que si l'activité exercée n'était plus exigible, le patient pourrait en revanche bénéficier d'une activité adaptée qu'il pourrait exercer au départ à un taux réduit pour éventuellement être augmenté par la suite. A cet égard, la Dresse T. _____ a observé que les troubles de l'attention étaient moins évidents lorsque l'assuré exerçait une activité adaptée, étant relevé que ce dernier avait depuis peu une activité dans le domaine musical où il pouvait garder l'attention longtemps et que le traitement médicamenteux augmentait également ses capacités de concentration. Dans une annexe datée toujours du 3 mai 2012, la Dresse T. _____ a signalé des limitations fonctionnelles sous forme de mouvements continus et de tics, d'impulsivité, de troubles de l'attention importants, de troubles graves du sommeil, d'une incapacité d'organisation et de programmation, d'une anxiété importante et d'épisodes dépressifs en cas d'épuisement ; il s'y ajoutait une limitation sévère de la capacité de concentration/attention, une limitation moyenne des capacités mnésiques, une limitation sévère des capacités d'organisation/planification et une limitation moyenne de la capacité d'adaptation au changement. La Dresse T. _____ a par ailleurs estimé que l'assuré n'était pas en mesure d'exercer des activités en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels, des

activités exigeant de l'endurance, de la précision, de la rapidité ou une adaptation permanente, ainsi que des activités impliquant du stress ou des tâches complexes, compte tenu de l'anxiété, de l'impulsivité, de la fatigabilité et du trouble de l'attention.

D'un rapport final établi le 27 juin 2012 par une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, il est ressorti que, toute tentative de réinsertion étant actuellement inenvisageable en raison des troubles de l'assuré, il y avait lieu d'évaluer le droit de celui-ci à des prestations financières, la Dresse T. _____ ayant par ailleurs été invitée à tenir l'office informé dès que l'intéressé serait apte à participer régulièrement à une mesure de réinsertion.

Par avis médical établi le 6 novembre 2012, les Drs N. _____ et M. _____, du SMR, ont considéré que, pour pouvoir continuer la gestion du dossier, il était indispensable de mettre en œuvre une expertise psychiatrique avec mesures sériques de la compliance médicamenteuse au traitement. Ils ont précisé qu'il y avait lieu de demander à l'expert de confirmer ou d'infirmer les diagnostics mentionnés par ses confrères, de donner son avis sur les atteintes psychiques actuelles, d'évaluer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, en donner une liste précise des limitations fonctionnelles et de faire des recommandations quant à la méthode et à la progressivité d'une reprise ou d'une réinsertion professionnelles.

L'OAI a mandaté expert le Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins de réaliser l'expertise en question. Après avoir examiné l'assuré le 28 mars 2013 et effectué des tests psychométriques ainsi que des examens paracliniques, l'expert R. _____ a fait part de ses conclusions dans un rapport du 24 avril 2013 co-signé par la psychologue FSP C. _____, exposant en particulier ce qui suit :

"A. QUESTIONS CLINIQUES

1. ANAMNESE

[...]

1.4. Anamnèse affective et sociale

[...]

Socialement, Monsieur D. _____ a deux amis à X. _____ avec lesquels il a monté un groupe de musique : " Q. _____ ". Il joue avec eux environ deux heures par jour.

[...]

1.10. TRAITEMENT ACTUEL

- Cymbalta 60 mg, 2x/j
- Tranxilium 10 mg, 1x/j
- Ritaline 2-3 x/j 20 SR

L'assuré nous apporte ses boîtes de médicaments, déclare prendre régulièrement son traitement. Finalement, lorsque nous effectuons la prise de sang dont il connaît les tenants et aboutissants, Monsieur D. _____ nous déclare avoir interrompu son traitement il y a au moins un mois et ne pas l'avoir dit à son médecin.

[...]

3. CONSTATATIONS OBJECTIVES

[...]

3.2. SYNTHÈSE DES TESTS PSYCHOMÉTRIQUES

Monsieur D. _____ a réalisé les tests psychométriques dans un temps de passation normal. Il existe une très mauvaise concordance entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation, globalement tous surcotés.

Le Hamilton 17 items plaide pour une symptomatologie dépressive sub-clinique à légère, alors que le Beck 21 évoque une dépression sévère, mais aux limites inférieures de la norme.

Le Hamilton anxiété suggère une anxiété mineure, alors que le facteur *anxiété état* du Spielberger est très élevé.

PERSONNALITÉ

Le V.K.P. indique des éléments définitifs pour la personnalité *histrionique, paranoïaque, dépendante, obsessionnelle compulsive, à conduite d'échec et probables pour la personnalité schizotypique et borderline.*

Ce profil est difficilement interprétable. Monsieur D. _____ a refusé de réaliser les tests psychométriques manquants après l'expertise, partant relativement fâché.

[...]

3.3. EXAMENS PARACLINIQUES DU 28 MARS 2013

[...]

Commentaires :

La GGT est dans les normes.

La CDT (3.2) souligne la notion d'abus d'alcool, que nous avons d'ailleurs relevé[e] anamnestiquement.

La TSH est dans les normes.

Le dosage sérique du Diazépam est non détectable. Par contre, le Desméthyldiazépam est détectable, ce qui indique que l'assuré a probablement pris dans les jours qui précèdent cette molécule.

Par contre, le dosage du chlorazépate dipotassique n'est pas relevé et celui de la Duloxétine (Cymbalta) est non détectable, selon les deux méthodes de détection.

Monsieur D._____ nous annonce qu'il aurait interrompu son traitement bien auparavant

3.4. EXAMEN CLINIQUE DU 28 MARS 2013

Monsieur D._____ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Nous avons contrôlé sa carte d'identité. Il s'agit d'un homme de taille moyenne supérieure, de type leptosome, svelte, habillé simplement. L'aspect hygiénico-vestimentaire est conservé.

On relève une certaine agitation psychomotrice, un discours verbal assez précipité, avec une tendance parfois à se perdre un peu dans les détails. On relève un tic facial avec plissement du nez.

Monsieur D._____ est assez souriant, sympathique, débonnaire, mais en même temps assez plaintif. Notamment, il évoque une fatigue, déclare avoir toujours trop fait pour les autres, même en devant payer de sa poche, sans retour, ce qui l'aurait "épuisé". L'assuré serait d'accord de travailler, mais dans une activité qui lui convienne, par exemple faire de la musique pour des jeunes en difficulté. Monsieur D._____ manque d'autocritique et n'entend guère se remettre en question. Il ne pleure pas durant l'entretien, n'a pas l'air spécialement tendu, ni anxieux.

Nous ne relevons pas de foetor éthylique, il est vigile, orienté dans les 3 modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. Monsieur D._____ peut restituer de manière particulièrement précise son histoire personnelle, à l'exception de son parcours professionnel qui est erratique. L'intelligence est normale.

Actuellement, il n'y a pas de dépressivité marquée, dans le sens d'une anhédonie, aboulie, apragmatisme. Monsieur D._____ évoque une certaine fatigabilité, une dispersion des idées.

Le sommeil serait moyennement réparateur, raison pour laquelle ses horaires de réveil sont modifiés. L'appétit semble relativement conservé ; il n'aurait plus perdu de poids. Monsieur D._____ évoque que les symptômes digestifs se seraient aussi atténués.

Du point de vue anxieux il n'y a pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels que définis par le DSM IV. Mis à part une phobie simple des oiseaux, Monsieur D._____ ne souffre pas de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang, d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique.

Monsieur D._____ déclare ne pas consommer d'alcool. Il n'y a pas de prise de substances illicites annoncée, à l'exception de THC à l'occasion.

Monsieur D._____ ne présente pas de troubles alimentaires, en particulier anorexie - boulimie.

Il n'existe pas de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée.

Au niveau somatique, outre la fatigabilité et les symptômes digestifs occasionnels, Monsieur D._____ n'a pas d'autres plaintes au premier plan.

3.5. PERSONNALITE :

Monsieur D._____ apparaît comme un sujet très volubile, centré sur lui-même, voire égocentré. Il ne cesse de se mettre en avant, évoque ses compétences tant professionnelles, que musicales, apparemment jamais reconnues. L'assuré indique avoir eu un parcours professionnel "très intéressant" jusqu'à son dernier licenciement. A ce titre, Monsieur D._____ nous montre une photo indiquant qu'il a perdu du poids. Nous constatons alors qu'il s'agit d'un homme en bon état général, avec une musculature plutôt athlétique.

L'assuré paraît incapable de reconstituer un récit de vie très cohérent. Il semble avoir des relations affectives superficielles, instables, sans véritable prise de conscience ou capable de recul par rapport à cela. Monsieur D._____ semble assez immature dans sa façon de percevoir l'existence et donne l'existence [sic] d'un éternel adolescent. Le déficit d'élaboration justifie une certaine tendance aux somatisations

4. DIAGNOSTICS

4.1.0 DIAGNOSTICS SELON LE DSM-IV-TR[...]

Axe I	Probable THADA Dysthymie Abus et / ou dépendance éthylique Non observance médicamenteuse (Cymbalta)
Axe II	Personnalité à fonctionnement état limite, immaturité
Axe III[...]	cf. spécialiste concerné
Axe IV	Désinsertion professionnelle ; difficultés économiques

[...]

4.1.1. DIAGNOSTICS AYANT UNE REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

- ---

4.1.2. DIAGNOSTICS SANS R[É]PERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

- Probable THADA
- Dysthymie
- Abus et / ou dépendance éthylique
- Non observance médicamenteuse (Cymbalta)
- Personnalité à fonctionnement état limite, immaturité

5. DISCUSSION

Monsieur D._____ est un homme né à [...] le [...]. [...].1966. A priori, rien n'indique qu'il ait été victime de graves maltraitances ou de carence affective. Nous ne relevons pas d'arguments en faveur d'une importante hérédopathie de troubles psychiatriques au sein de sa famille directe, proche et étendue.

Dès l'adolescence, Monsieur D._____ a un parcours de vie relativement marginal, s'adonnant à ses passions - la musique - raison pour laquelle entre autre, il n'aurait pas mené à bien de formation. L'assuré s'est toujours débrouillé pour travailler dans des activités simples de chauffeur-livreur, puis dès 1998 au bénéfice d'un permis de conducteur de poids-lourd, il a pu trouver un certain équilibre et acquérir une activité où il était indépendant, pas sous le "joug" de l'autorité. Cela a été en rapport avec un tempérament assez impulsif, supportant mal les contraintes, les conflits, l'autorité, auxquels il réagit de manière peut-être caractérielle et impulsive, comme on le retrouve chez les adolescents.

Son parcours marginal ne paraît guère le préoccuper, et Monsieur D._____ semble vivre au jour le jour. Evoquant son avenir professionnel, l'assuré se montre assez dénigrant et met les pieds contre le mur dès que l'on évoque une activité de chauffeur-livreur, estimant qu'il n'a plus envie de faire des horaires impossibles et d'être mal rémunéré.

[...]

Le long entretien que nous avons eu avec Monsieur D._____, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer, le résultat des examens paracliniques, et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue **psychopathologique**, à l'examen clinique, nous ne relevons pas de symptômes anxio-dépressifs majeurs chez un sujet par ailleurs assez démonstratif. La suspicion d'**abus d'alcool** est confirmée par nos examens paracliniques (cf[.] point 3.3). Monsieur D._____ nous déclare dans un premier temps être très motivé par son traitement qu'il suivrait scrupuleusement. Néanmoins, après la prise de sang - après lui en avoir expliqué les tenants et aboutissants - l'assuré annonce avoir interrompu ses

médicaments "à l'insu de son thérapeute". Les plaintes somatiques semblent occuper le devant du tableau clinique.

Monsieur D. _____ envisage au niveau professionnel, essentiellement d'être musicien.

CAPACITE DE TRAVAIL

Si l'assuré a peut-être présenté un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive à la suite de son licenciement du 31.10.2010 [recte : 30.09.2010], l'évolution est marquée par un sujet assez revendicateur, réclamant beaucoup, attendant tout des autres, mais ne faisant aucune démarche participative objective. Monsieur D. _____ semble tranquillement se lover dans son statut d'assisté social, sans véritables autres ambitions, mettant en échec toute proposition constructive.

Comme le suggérait la Dresse T. _____, la compliance est mauvaise tant sur le suivi psychothérapeutique que pharmacologique.

En conclusion, sa capacité de travail médico-théorique est entière.

Le trouble de la **personnalité**, où nous relevons un **fonctionnement état limite** et une certaine **immaturité**, ne vaut pas pour un trouble majeur de la personnalité.

Si l'hypothèse d'un **THADA** peut éventuellement être suggérée, cela ne l'a toutefois jamais empêché de travailler jusqu'en 2010.

Des mesures de réinsertion ne sont pas indiquées, vu les expériences passées.

6. REPONSES AUX QUESTIONS

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

Au plan physique

Tendance aux somatisations à polarité digestive.

Au plan psychique et mental

Pas de symptomatologie dépressivo-anxieuse majeure, en tous les cas incapacitante.

Au plan social

Sujet marginal, un peu asocial, tolérant mal les contraintes et l'autorité. Il désire "faire ce qu'il veut et faire ce qui lui pla[ît]". Fond d'égoïsme non négligeable.

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

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

100 % sur un délai de 6 mois depuis l'arrêt de travail, soit dès le 01.04.2011, par analogie au trouble de l'adaptation.

2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail

100 % dès le 01.04.2011.

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

100 %

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 ?

01.08.2010

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

Favorablement.

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

Oui, s'il en a la motivation.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

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

[...]

Pas indiqué, vu les expériences passées et l'absence de demande motivée en ce sens.

[...]"

Par rapport du 15 mai 2013, le Dr N._____ s'est rallié aux conclusions de l'expertise susmentionnée, considérant sur cette base que l'assuré ne présentait aucune atteinte invalidante à la santé et que sa capacité de travail était entière dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée.

En date du 13 juin 2013, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations AI, considérant qu'après analyse du dossier médical et suite à l'expertise du Dr R._____, il apparaissait que l'intéressé ne présentait aucune atteinte à la santé susceptible de diminuer sa capacité de travail dans une activité professionnelle.

Par acte du 27 août 2013 rédigé par son conseil, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Il a essentiellement allégué que l'expert R._____ n'avait pas invoqué d'éléments probants pour écarter l'existence d'un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH [ou THADA : trouble hyperactif avec déficit d'attention]) se répercutant sur la capacité de travail -contrairement à la Dresse T._____ qui, dans un rapport du 15 août 2013, avait énoncé des points importants plaidant en faveur d'un tel diagnostic. Cela étant, l'assuré a estimé qu'il se justifiait de procéder à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise visant à déterminer s'il présentait effectivement un TDAH et si cette atteinte diminuait de manière significative sa capacité de travail.

Le rapport précité établi le 15 août 2013 par la Dresse T._____ avait la teneur suivante :

"Effectivement, le patient souffre d'un trouble de déficit d'attention et hyperactivité depuis l'enfance. Selon les critères de diagnostic du DSM-IV, ce qui caractérise cette maladie c'est une inattention, ce qui veut dire : selon DSM-IV « souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails, fait des fautes d'étourderie dans le travail ou d'autres activités, a souvent du mal à soutenir son attention au travail, semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement, souvent ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires ou ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles, a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités. Souvent évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu. Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités, souvent se laisse facilement distraire par des stimuli externes, a des oublis fréquents dans la vie quotidienne ». Monsieur D._____ présente tous ces symptômes et tous ces critères de diagnostic. En conséquence, il n'est pratiquement pas possible pour le patient de respecter ses rendez-vous ; [il] perd souvent ses cartes de rendez-

vous et les stratégies que nous avons essayé de mettre en place n'ont pas été suffisantes pour l'aider à mieux s'organiser dans ses activités. Dans ce sens, malheureusement, l'idée initiale pour une réinsertion dans un travail adapté a été un échec, du fait que M. D. _____ n'arrive pas à se présenter à ses convocations.

Une autre grande catégorie de symptômes liés à ce trouble de déficit d'attention et hyperactivité, c'est bien sûr l'hyperactivité. Je ne vais pas citer tous les critères de diagnostic, mais les patients qui souffrent de cette maladie parlent souvent trop, ils ont souvent du mal à se tenir tranquilles, remuent souvent les mains ou les pieds, ou se tortillent sur leur siège, ce qui fait que pour un patient qui souffre également de dépression, le diagnostic de trouble dépressif ou l'hétéro-évaluation s'avèrent très difficiles. Si chez un patient déprimé, sans autre comorbidité, on observe un ralentissement psychomoteur, une diminution de l'activité, une mimique et une position corporelle caractéristique pour la dépression, chez un patient qui a une comorbidité de trouble de déficit d'attention et hyperactivité, tous ces éléments vont être masqués par l'hyperactivité, le déficit d'attention et l'impulsivité. De ce fait, on peut surtout minimiser l'intensité de la dépression chez un patient atteint de déficit d'attention et hyperactivité.

La troisième catégorie de symptômes très caractéristiques pour le TDAH (trouble de déficit d'attention et hyperactivité) est l'impulsivité. Les patients souffrant de ce trouble laissent souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée, ils ont souvent du mal à attendre leur tour et vont interrompre souvent les autres ou imposer leur présence. Cette impulsivité fait qu'ils ont de grandes difficultés pour suivre une thérapie ou d'attendre les effets bénéfiques d'une médication, etc. M. D. _____, malheureusement, a une impulsivité très importante, avec un dysfonctionnement important.

Par rapport à l'expertise, l'échelle de Hamilton, test qui a été utilisé pour la dépression, est une évaluation qui inclu[t] justement les observations de la part du psychiatre de certains éléments qui sont masqués par l'hyperactivité ou le déficit d'attention, ce qui fait que le score est probablement inférieur à la réalité. Par rapport à la dépression de M. D. _____, il vit des moments où, suite à des stressseurs externes, il fait des épisodes dépressifs d'une intensité moyenne à sévère. Il a bénéficié à plusieurs reprises de traitements antidépresseurs avec un effet bénéfique, mais il peut aussi arrêter son traitement et refaire des épisodes dépressifs.

Par rapport à l'anxiété, les critères de diagnostic DSM-IV pour une anxiété généralisée sont : « *une anxiété et des soucis excessifs survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois, concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités tels que le travail ou les performances scolaires* ». Chez le patient, ce critère est entièrement rempli. M. D. _____ éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation. L'anxiété et les soucis sont associés à trois ou plus des six symptômes suivants : agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, troubles de la mémoire, irritabilité, tensions musculaires, perturbation du sommeil. L'anxiété et les soucis entraînent une souffrance cliniquement significative. Chez le patient, nous avons l'impression que tous ces critères de DSM-IV sont

remplis et, en plus actuellement, il bénéficie d'un traitement de prégabaline qui améliore la symptomatologie. Comme on peut le voir dans le parcours de vie de M. D._____, qui est très chaotique, il a eu des moments où il a travaillé, malgré le fait qu'en tant qu'enfant et jeune adulte il n'a jamais bénéficié d'une prise en charge adaptée et où la scolarité n'a pas été adaptée à ses souffrances. Malheureusement, le patient a commencé également à souffrir d'attaques de panique, qui l'ont amené à se retrouver à plusieurs reprises à l'hôpital, ce qui a aussi contribué à son licenciement de son dernier travail. Il est vrai que depuis, M. D._____ n'arrive plus à s'intégrer ou à chercher par ses propres moyens un lieu de travail, du fait de son anxiété de forte intensité et des difficultés d'attention très marquées. Des épisodes dépressifs se rajoutent périodiquement, ce qui contribue également à une incapacité de travail de ce patient. Par rapport à des antécédents familiaux, le patient décrit sa mère comme une personne très soucieuse, ce qui pourrait émettre l'hypothèse qu'elle souffre également d'une anxiété généralisée. D'autre part, le fils de M. D._____ bénéficie d'une prise en charge psychiatrique pour un déficit d'attention et hyperactivité, avec un traitement de Ritaline. La prise en charge de ce patient est effectivement difficile, du fait qu'il perd ses cartes de rendez-vous, qu'il présente une certaine impatience et un déficit d'attention qui rendent tout travail difficile. La perte de poids et l'anxiété font que le traitement de Ritaline est limité à des doses relativement faibles et actuellement le Strattera n'étant pas remboursé, nous n'avons pas de solution médicamenteuse à proposer à ce patient. J'estime que M. D._____ n'a actuellement pas sa capacité de travail et qu'il devrait pouvoir bénéficier d'une rente AI et éventuellement par la suite d'une possible réinsertion, mais adaptée à ses troubles."

Par avis médical du 16 janvier 2014, le Dr N._____ a considéré que l'expertise du Dr R._____ était pleinement convaincante, singulièrement n'était pas remise en doute par le compte-rendu de la Dresse T._____ du 15 août 2013 comprenant « *une longue liste d'hypothèses et de suggestions de l'effet que pourrait avoir une atteinte de type TDAH* ».

Par décision du 20 mai 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 13 juin 2013. Dans une lettre explicative du même jour, l'office a réfuté les objections de l'assuré en reprenant le point de vue développé dans l'avis SMR du 16 janvier 2014.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, D._____ a recouru le 23 juin 2014 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à l'annulation de celle-ci et, principalement, à la mise en œuvre des compléments d'instruction

nécessaires et à la constatation de son droit aux prestations, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Il requiert en outre le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Sur le fond, le recourant critique l'appréciation de l'expert R. _____ essentiellement sous l'angle du TDAH. Attendu qu'un tel diagnostic est difficile à poser, que l'expert n'a pas vraiment cherché à confirmer ou à infirmer l'existence de cette affection et que le fait d'avoir pu travailler jusqu'en 2010 ne permet pas de conclure à l'absence d'un TDAH ou de considérer que ce trouble n'aurait actuellement pas d'influence sur la capacité de travail, l'assuré estime en effet que l'expert n'a pas fourni des explications claires et complètes sur la question. Rappelant en outre que, selon l'expert, la mauvaise compliance et la mise en échec de toute proposition constructive seraient à mettre sur le compte d'un comportement immature voire d'assisté social, le recourant relève que le Dr R. _____ n'a même pas envisagé la possibilité que ces comportements puissent être mis en relation avec le déficit d'attention, l'impulsivité et l'hyperactivité auxquels « *s'ajoutent du reste indiscutablement d'autres pathologies psychiatriques* ». Il soutient qu'en revanche, l'appréciation émise par la Dresse T. _____ dans son rapport du 15 août 2013 s'avère beaucoup plus précise sur cette problématique. Il ajoute que son parcours professionnel n'est pas celui d'un assisté social mais doit plutôt être qualifié de chaotique dans la mesure où onze employeurs se sont succédés en neuf ans dans le même domaine d'activité (chauffeur/livreur poids lourds) sur des périodes inférieures à huit mois, à une exception près. Dans ces conditions, le recourant estime qu'un complément d'instruction s'impose, l'avis exprimé le 16 janvier 2014 par le Dr N. _____ du SMR - lequel ne dispose selon toute vraisemblance d'aucune qualification particulière en psychiatrie et ne l'a du reste jamais rencontré - ne permettant pas de pallier aux lacunes du dossier. Se prévalant de son état général somatique « *fortement délabré* », avec un BMI très nettement inférieur à la moyenne, le recourant soutient de surcroît que ce complément devrait également porter sur l'aspect physique. Enfin, il joint en annexe un onglet de pièces se rapportant essentiellement aux phases antérieures de la procédure.

En date du 10 juillet 2014, le recourant a versé en cause un rapport établi à la demande de son conseil le 7 juillet 2014 par la Dresse S._____, cheffe de clinique adjointe à l'UPA d'I._____, dont on extrait ce qui suit :

"1. Vous nous demandez si le trouble de personnalité indiqué par l'expert n'est pas sous-évalué.

Les critères pour poser un diagnostic de trouble de la personnalité, selon la classification internationale CIM-10, sont la présence d'attitude de comportements nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, dont l'affectivité, la sensibilité, le contrôle des impulsions, la manière de percevoir ou de penser et le mode relationnel, ainsi que la présence d'un mode de comportement anormal et durable persistant et pas limité à des épisodes, qui est profondément enraciné et clairement inadapté à des situations personnelles et sociales très variées. Le trouble est à l'origine d'une souffrance personnelle considérable pour l'individu et il est habituellement associé à une dégradation progressive du fonctionnement professionnel et social. Concernant M. D._____, les critères susmentionnés sont présents, de façon à ce que nous puissions déclarer avec certitude qu'il souffre d'un trouble de la personnalité. Cependant, à l'heure actuelle, différents thérapeutes et l'expert ont posé des diagnostics de trouble de la personnalité différents au sujet de M. D._____ (personnalité anankastique, personnalité paranoïaque, personnalité émotionnellement labile type impulsif). A l'heure actuelle, dans le cadre des consultations à l'UPA d'I._____, les traits de personnalité que nous pouvons constater chez notre patient, relèvent plutôt d'une personnalité paranoïaque et d'une personnalité anankastique. Ainsi, M. D._____ présente une sensibilité excessive aux échecs, avec un sens tenace et combatif de ses propres droits légitimes, hors de proportion avec la situation réelle. Il présente également un perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (caractéristique qui s'est fortement répercutée dans le domaine professionnel) et un souci excessif à la productivité, aux dépens de son propre plaisir et des relations interpersonnelles. Il présente également quelques traits de personnalité dépendante, à savoir une subordination de ses propres besoins à ceux des personnes dont il dépend et une tendance à interpréter comme de l'abandon, du rejet et de l'injustice, certaines réactions impartiales. Nous pouvons mettre en évidence la répercussion de tous ces traits de personnalité dans différents domaines de sa vie, comme ceux-ci sont investigués dans l'anamnèse psychiatrique, comme le domaine affectif et professionnel.

2. Vous nous demandez de commenter l'interruption du traitement médicamenteux par M. D._____ et la suspicion d'abus d'alcool, comme indiqué par l'expert.

En ce qui concerne la question d'interruption du traitement médicamenteux, effectivement le dosage du taux sanguin de

l'antidépresseur, effectué dans le cadre de l'expertise psychiatrique, démontre une non-adhérence au traitement antidépresseur chez M. D._____. Parmi les raisons probables d'une non-adhérence, nous pouvons évoquer entre autre la présence d'une absence de collaboration (ce que nous n'avons pas observé durant le suivi à l'UPA, M. D._____ étant plutôt demandeur de soins et se mettant prêt à suivre vos propositions), également une probable conscience morbide partielle par rapport à ses troubles ou les oublis fréquents qu'il présente liés à son affection de THADA. Le traitement actuel de M. D._____ consiste en de la Ritaline SR 40 mg/jour (pour le THADA) et du Lyrica 150 mg 2x/jour (pour l'anxiété généralisée). Il ne reçoit pas de traitement antidépresseur. Concernant la suspicion d'abus d'alcool, effectivement dans le cadre de l'expertise, un dosage des CDT (indice de consommation d'alcool) est augmenté de façon légère, ce qui met en évidence une consommation régulière excessive d'alcool (dans la littérature, il est démontré que par exemple la consommation de 6 bières par jour environ, pendant 1 semaine, peut provoquer une telle augmentation de CDT). Durant le suivi de M. D._____ dans notre unité depuis août 2010, une problématique liée à une consommation d'alcool n'a jamais été diagnostiquée, notamment M. D._____ ne s'est jamais présenté alcoolisé aux entretiens, ceci pour des entretiens fixés à des heures différentes dans la journée.

3. Vous nous demandez aussi si le parcours de vie de M. D._____ n'est pas un indice des difficultés rencontrées dans le THADA ou le trouble de personnalité.

Effectivement, le parcours de vie de M. D._____, sur le plan professionnel, que nous caractériserions d'instable plutôt que marginal, peut tout à fait être expliqué notamment par le trouble de personnalité [...], ainsi que par les difficultés rencontrées à cause du THADA (à ce point, nous vous renvoyons au rapport de la Dresse T._____, daté du 15.08.2013).

4. Vous nous demandez d'expliquer comment les troubles ont eu une répercussion notable sur la capacité de travail dès 2010.

Effectivement, en ce qui concerne le THADA et le trouble de la personnalité, il s'agit plutôt d'affections présentes chez un individu depuis l'enfance pour le premier et le début de l'âge adulte pour le deuxième, ce qui n'a pas empêché M. D._____ de travailler pendant plusieurs années, mais qui a déterminé ses choix professionnels (type d'activité, changements). Par contre, il est à relever que notamment le trouble de personnalité peut manifester des décompensations périodiques, avec une accentuation des traits entravant la personne dans différents domaines de sa vie (comme par exemple le domaine professionnel ou relationnel, ou, comme mentionné plus haut, conduire à une dégradation du fonctionnement professionnel et social). Il est surtout important à noter que l'affection ayant contribué à la diminution de la capacité de travail chez l'expertisé et à une incapacité à 100 % à partir de 2010 est la présence, à l'époque, d'une anxiété généralisée, qui s'est compliquée, secondairement, par un épisode dépressif sévère. La première affection persiste actuellement, la deuxième est maintenant en rémission. Il est, par ailleurs, dans le contexte de

l'anxiété généralisée que M. D._____ a présenté en 2010 différents problèmes somatiques. Ceux-ci sont tout à fait compatibles avec le deuxième critère (parmi 2) pour le diagnostic d'une anxiété généralisée selon la classification internationale CIM-10. Il s'agit ainsi, concernant ses symptômes somatiques, d'une suractivation du système nerveux autonome liée à l'anxiété, plutôt que de somatisations, comme cela est indiqué par l'expert.

Actuellement, M. D._____ présente un état psychique plutôt stationnaire, caractérisé par la persistance des éléments de l'anxiété généralisée et les manifestations du THADA et du trouble de personnalité dans sa vie quotidienne. Il a besoin de s'organiser d'une façon très fluctuante dans le temps pour effectuer ses activités de la vie quotidienne ou de musique.

Il est à noter que ce rapport est basé sur l'étude du dossier du patient à l'UPA d'I._____ et son anamnèse, comme investigué auprès de lui en deux entretiens. L'évaluation comporte ainsi des limitations, surtout liées à une capacité d'introspection limitée chez M. D._____, et des difficultés à se concentrer et mettre les événements en ordre chronologique. Ces limitations sont liées à ses troubles psychiatriques (notamment le THADA et le trouble de la personnalité)."

Par décision du 19 août 2014, la juge instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de procédure, avec effet au 23 juin 2014.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 23 septembre 2014, réfutant la nécessité d'un complément d'instruction et renvoyant en particulier à un avis du 16 septembre 2014 rédigé par les Drs H._____ et K._____, du SMR.

Aux termes de cet avis, les Drs H._____ et K._____ relèvent en particulier que l'obtention d'un permis poids lourds est soumise à des conditions d'exclusion (« *Pas de maladies mentales. Pas de maladies des nerfs entraînant une déficience permanente. Pas d'oligophrénie. Pas de psychopathie. Pas de troubles ou pertes de conscience périodiques. Pas de troubles de l'équilibre* ») et que la détention d'un tel permis est par ailleurs liée à une visite médicale régulière. Ils estiment pour le surplus que le rapport de la Dresse S._____ ne met en évidence ni fait nouveau, ni aggravation depuis la décision AI querellée, mais qu'il s'agit de l'interprétation différente d'une situation similaire.

Par réplique du 8 décembre 2014, le recourant confirme ses précédents motifs et conclusions. Arguant d'une divergence de diagnostics entre l'appréciation de l'expert R._____ et celle des psychiatres T._____ et S._____, il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique, complétée si possible par un volet de médecine interne afin d'investiguer son état général très diminué. Le recourant estime plus spécifiquement que le rapport établi le 16 septembre 2014 par le Dr H._____ [sic] - lequel ne dispose pas, à la connaissance de l'assuré, d'une spécialisation en psychiatrie - ne constitue pas une base suffisante pour écarter le rapport de la Dresse S._____ du 7 juillet 2014, étant précisé à cet égard que l'on ne voit pas en la détention d'un permis poids lourds permettrait de faire l'économie d'un complément d'instruction.

Dupliquant le 17 décembre 2014, l'intimé maintient sa position.

Une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès des Drs O._____, spécialiste en médecine interne, et Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans son rapport 17 décembre 2016, l'expert O._____ a posé les diagnostics de bronchopneumopathie chronique obstructive sur tabagisme, d'insuffisance pondérale de longue date et de dyslipidémie non traitée. Il a précisé que l'assuré signalait encore une fatigue chronique depuis l'âge de 30 ans environ -fatigue qui ne recevait toutefois pas d'explication sur le plan somatique, qui n'avait pas empêché l'intéressé de travailler à plein temps jusqu'en 2010 et de pratiquer intensivement la musique, et qui ne s'exprimait pas de manière uniforme dans tous les registres de la vie quotidienne. Cela étant, l'expert O._____ a retenu que seule la bronchopneumopathie avait un impact sur la capacité de travail, en ce sens que le port de charges était limité à 25 kg de manière itérative dans toute activité. Pour ce spécialiste, il n'y avait ainsi pas d'incapacité de travail sur le plan somatique.

Après un consilium avec l'expert O. _____ le 17 janvier 2017, l'expert Y. _____ a fait part de ses conclusions dans un rapport du 2 février 2017. Il a notamment retenu les diagnostics incapacitants de trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive, de trouble panique et d'agoraphobie (axe I), ce à quoi s'ajoutait une personnalité borderline décompensée (axe II). Pour le reste, l'expert Y. _____ a en particulier formulé les conclusions suivantes :

"5. Appréciation diagnostique

[...]

Les diagnostics qui ont une incidence sur la capacité de travail chez l'investigué sont les diagnostics de l'axe I (trouble de l'adaptation, trouble panique et agoraphobie) associés à la décompensation persistante de la personnalité de type borderline (axe II). En effet, c'est la décompensation de la personnalité qui prédispose à l'apparition de pathologies sur l'axe I. Bien qu'une grande partie de l'atteinte thymique et anxieuse soit actuellement résorbée, il persiste une fragilité de la personnalité qui contribue à un sentiment de désarroi profond subjectif, des troubles identitaires, une difficulté à se situer au niveau relationnel ainsi que professionnel.

6 Cohérence

6.5 Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

Les diagnostics retenus, notamment celui concernant le trouble de la personnalité décompensé, sont responsables de l'existence de symptômes psychiatriques incapacitants qui rendent le tableau clinique cohérent dans son ensemble. Cependant, il existe aussi une attitude régressée de l'expertisé, sur un versant dépendant, contraire à son fonctionnement habituel durant le reste de sa vie, de nature compensatrice, dans laquelle il cherche à s'appuyer sur autrui plutôt qu'à mobiliser toutes ses ressources de manière spontanée pour se réinsérer et travailler dans l'économie. Ainsi, depuis que l'assuré a connu une rémission significative de son état psychique vers le milieu de l'année 2011, il aurait dû mieux collaborer avec le processus réhabilitatif et les soins qui lui ont été proposés.

6.6 Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s)

L'évolution du tableau est habituelle pour les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité décompensé de type borderline. Cette pathologie implique des fluctuations régulières de l'humeur et sur le plan anxieux avec des rémissions qui peuvent être assez rapides, même en l'absence d'un traitement antidépresseur durable.

6.7 Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de l'assuré(e), entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de l'assuré(e) ?

Il n'y a pas de discordance entre les plaintes et le comportement de l'assuré en cours d'entretien ou avec les limitations alléguées. L'expertisé parle librement de ses activités de loisirs et de ses relations sociales. Il ne se montre nullement démonstratif. Contrairement à ce qui a été suggéré dans le dossier, une attitude revendicatrice ou sinistrosique n'est pas en avant-scène.

6.8 Est-ce que l'intéressé(e) s'est engagé(e) ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-il (elle) que peu ou pas de demande de soins ?

M. D. _____ est suivi en psychiatrie depuis 2007. Toutefois ce suivi est très espacé actuellement. Les faibles taux plasmatiques des psychotropes rendent possible l'existence d'une compliance partielle.

L'expertisé se montre motivé pour une prise en charge psychiatrique durable et investie ainsi que tenter un remplacement du traitement psychotrope actuel par un traitement antidépresseur.

7 Personnalité

[...]

7.7 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne en cause ?

Au stade actuel, c'est surtout le trouble de la personnalité décompensé qui induit des limitations fonctionnelles risquant de persister pendant de nombreuses années. Parmi ces limitations, il y a lieu de retenir surtout :

- La fragilité thymique avec des fluctuations de l'humeur ainsi que de l'anxiété, des éléments relativement mineurs dans la vie relationnelle de M. D. _____ peuvent avoir une répercussion significative à ce niveau.
- L'expertisé peut se montrer irritable, colérique, voire explosif, tenant compte de sa tendance impulsive et de sa difficulté à gérer les frustrations.
- De manière générale, on peut estimer que sa résistance face au stress paraît légèrement diminuée.
- L'assuré a tendance au surinvestissement, à ne pas connaître ses limites, à les dépasser jusqu'à l'épuisement.
- La tendance excessivement exigeante de l'exploré envers lui-même conduit, lorsque les résultats escomptés subjectivement ne sont pas atteints, à une attitude de dévalorisation, à une perte de confiance.
- Comme indiqué supra, paradoxalement, l'expertisé risque par son attitude d'auto-sabotage, de ne pas maintenir un emploi qui lui serait particulièrement adapté.

7.8 L'assuré(e) se montre-t-il (elle) authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ?

L'attitude de M. D. _____ semble être plutôt authentique, sans tendance ostentatrice quelconque. Il n'y a pas de simulation, ni d'exagération des troubles. L'expertisé se sent en effet incompris de manière générale dans la société, voire victime de celle-ci. De son point de vue, il a toujours tout fait, voire trop fait pour les autres. Il y a une attente inconsciente de compensation pour ce surinvestissement.

8 Ressources

Quelles sont les ressources résiduelles de l'assuré sur les plans

d) Psychique

e) Mental

L'expertisé a déjà connu une rémission significative de ses symptômes thymiques et anxieux. Il existe une réserve thérapeutique sous forme d'un traitement antidépresseur qui pourrait s'avérer plus approprié pour les pathologies de l'assuré qu'un traitement d'Amphétamines. M. D. _____ est également ouvert à une prise en charge régulière et de longue durée sur le plan psychiatrique et psychothérapeutique. Il y a aussi une motivation pour exercer une activité professionnelle dans l'ancien métier. Le fait de retrouver ses repères identitaires serait bénéfique pour M. D. _____.

f) Social

L'exploré signale d'excellentes relations avec sa mère et son frère cadet. Par ailleurs, il dispose d'un réseau social d'amis avec lesquels il partage sa passion pour la musique. De manière générale, son caractère sociable lui permet de nouer aisément des relations. En l'absence d'une relation affective actuellement, il y a moins de risque de décompensation thymique. Rien n'est toutefois sûr pour l'avenir.

Un sevrage tabagique serait bénéfique pour l'affection respiratoire dont souffre M. D. _____.

B. Appréciation du point de vue de la médecine des assurances

1. Caractère incapacitant ou non des diagnostics retenus

[...]

1.6 Interactions des diagnostics [...].

Le trouble de la personnalité de type limite associé à des traits perfectionnistes induit des fluctuations sur le plan thymique et anxieux lors d'une exposition à des facteurs de stress émotionnel. Comme expliqué ci-dessus, une telle situation est survenue surtout à

partir de 2008 et au courant de l'année 2010 lors de laquelle l'expertisé a présenté une décompensation thymique majeure. Cette décompensation, à caractère réactionnel, pourrait de nouveau survenir à l'avenir et avoir un impact sur la capacité de travail.

Les diagnostics retenus par l'expert R. _____ et les psychiatres traitants ne sont que partiellement avalisés par le présent rapport.

Le Dr R. _____ ne retient aucun diagnostic incapacitant au-delà de 6 mois dans le cadre d'un trouble de l'adaptation. Bien qu'il reconnaisse un trouble de la personnalité limite et une immaturité, il n'accorde pas d'importance à ce trouble et n'analyse pas son impact sur la décompensation de 2010. Cette approche superficielle dissocie les événements importants dans la vie émotionnelle de M. D. _____ de ses troubles et ne permet pas de comprendre les raisons de l'apparition de la psychopathologie sur l'axe I ni de se prononcer sur le pronostic.

Quant au diagnostic de THADA, le Dr R. _____ l'estime « probable » sans aucune argumentation plus précise et sans détailler les éventuelles répercussions fonctionnelles.

Ne pas approfondir la personnalité particulière de l'expertisé, son éducation, sa motivation et les raisons de son état régressé aboutit chez le premier expert à des conclusions critiques et inappropriées envers M. D. _____ qu'il considère « se lover dans son statut d'assisté ».

En ce qui concerne les psychiatres traitants, ils n'ont pas non plus abordé suffisamment la personnalité et se sont fixés sur des diagnostics erronés, THADA et personnalité anankastique.

Cette erreur d'appréciation s'explique aussi éventuellement par le suivi très espacé de l'assuré et les changements de thérapeutes. En tout, il a probablement contribué à l'efficacité relative des soins et à une estimation exagérée de l'incapacité de travail totale pour une durée excessive.

2. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les atteintes constatées

[2].3 Au plan psychique et mental

L'état psychique de l'exploré n'est pas encore totalement stabilisé. M. D. _____ indique des fluctuations occasionnelles de cet état dans lequel il se sent fatigué, voire parfois épuisé, et présente des troubles cognitifs, surtout de la concentration. Exposé à un stress supplémentaire, notamment professionnel, il se peut que ces troubles s'aggravent. Toutefois, il y a de bonnes chances pour que la plupart de ces troubles diminuent avec un traitement antidépresseur correctement administré.

[2].4 Au plan social

L'assuré est plus sensible qu'autrefois à la critique d'autrui, sans présenter une véritable inhibition sociale et ne craint pas le contact avec le public ou des inconnus.

3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici

3.6 Comment agissent ces atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Le trouble de la personnalité est de nature à affecter lorsqu'il est décompensé toute activité professionnelle à cause de l'instabilité qu'il induit dans le fonctionnement global de la personne. En particulier, dans le cas de M. D._____, on ne peut pas exclure une décompensation psychique future. L'activité de chauffeur poids lourd nécessite une concentration et une attention soutenues. Il est possible que l'expertisé connaisse des difficultés sur ce plan s'il se trouve à nouveau dans un état d'épuisement et d'anxiété pathologique.

3.7 Description précise de la capacité résiduelle de travail (ressources résiduelles et limitations fonctionnelles)

Actuellement, en cas d'utilisation de la réserve thérapeutique, il existe une capacité résiduelle de travail d'au moins 70%. L'expertisé doit dans ce sens adhérer à une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique et bénéficier d'un traitement antidépresseur à la place du traitement d'Amphétamines et de Prégabaline. Dans ce cas, une activité de chauffeur est compatible avec l'état psychique de l'assuré, à condition qu'elle soit structurée et que M. D._____ ne puisse pas effectuer de nombreuses heures supplémentaires comme dans le passé. Idéalement, une activité fractionnée en 2 périodes avec une pause au milieu serait préférable. L'exploré signale se sentir au plus profond de lui-même chauffeur. Il serait ainsi utile qu'il puisse rester dans ce domaine plutôt qu'être reconverti dans un métier différent. Cependant, il a déjà exercé plusieurs métiers, se lassant rapidement des places de travail qu'il occupait.

3.8 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour), diminution de rendement incluse ?

L'activité exercée jusqu'ici est encore exigible. M. D._____ estime qu'il pourrait travailler en tant que chauffeur de bus aux transports publics à I._____. Toute activité de chauffeur, de nature structurée, lui paraît compatible avec son état psychique. Il existe une exigibilité d'au moins 70%.

3.9 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins, diminution de rendement comprise ?

Une incapacité de travail entière existe depuis le 26.07.2010 sur le plan psychiatrique. Le rendement était dans cette première phase totalement diminué.

Une capacité de travail significative, qui peut être estimée entre 70 et 100% exigible à partir de 2012, n'a pas pu être actualisée. La collaboration insuffisante de M. D._____ à l'époque fait partie des raisons de cet échec. En effet, il semble que M. D._____, envahi

alors par un sentiment de ras-le-bol général, n'ait pas souhaité donner suite à la proposition de réhabilitation de l'assurance-invalidité dans un domaine qui ne lui paraissait pas intéressant et ne correspondait pas à son profil. Il a préféré depuis lors s'investir plutôt dans ses activités musicales dans l'espoir de gagner sa vie dans ce domaine mais sans percevoir dans la pratique des sommes significatives. Aucun indice n'indique que l'état clinique de l'exploré l'aurait empêché à partir de 2012 ainsi que plus tard d'accéder à des mesures de réhabilitation.

3.10 Comment le degré d'incapacité de travail, y compris une éventuelle diminution de rendement, a-t-il évolué depuis lors ?

Le dossier médical signale une amélioration de l'état psychique déjà au début de l'année 2011. Cependant, l'état ne semble pas complètement stabilisé, ce qui est d'ailleurs prévisible en présence d'un trouble de la personnalité de type limite décompensé. En effet, au mois de février 2011, l'expertisé commet un tentamen grave. Au mois de juillet 2011, l'état dépressif connaît à nouveau une rémission significative. Il semble ainsi que la période d'incapacité significative n'ait pas duré une année entière en 2010-2011. Des mesures de réhabilitation sont envisagées au mois de mars 2012. Un traitement de SERTRALINE est à nouveau administré à une dose importante au mois de mai 2012. Ceci prouve que l'état clinique n'était pas encore suffisamment stable, ou qu'une récurrence du trouble de l'adaptation est survenue. Il n'y a pourtant pas d'indices pour attribuer une incapacité totale et durable de juillet 2010 jusqu'à la fin de l'année 2012. Au mois de mars 2013, l'expert, le Dr R._____, constate que l'état clinique est plutôt rassurant.

Dans l'ensemble, on note un premier trouble de l'adaptation en juillet 2010 avec une forte déstabilisation psychique ayant un impact sur la capacité de travail durant plusieurs mois mais probablement pour une période inférieure à une année. Par la suite, une amélioration clinique a permis à partir du mois de mars 2012 d'envisager des mesures de réhabilitation avec lesquelles l'assuré ne s'est pas montré compliant. Il est possible qu'à cette période M. D._____ bénéficiait déjà d'une capacité de travail significative de l'ordre de 70% au moins. Un trouble de l'adaptation est à nouveau possible en mai 2012 mais il ne durera pas longtemps car en mars 2013, si l'on se fie au status du Dr R._____, il semble en rémission. La capacité de travail vers le début de l'année 2013 devait à nouveau se situer entre 70 et 100%.

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

[...]

Comme indiqué ci-dessus, l'expertisé est très polyvalent et pourrait exercer de nombreux métiers manuels. Cependant, son identité professionnelle est dans le domaine de la conduite de véhicules lourds et rien ne l'empêche de travailler dans ce domaine. Par ailleurs, il aimerait travailler à temps partiel afin de pouvoir s'épanouir dans le domaine musical qui le passionne.

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

Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Un travail qui implique de nombreuses heures supplémentaires n'est pas compatible avec le trouble de la personnalité de l'expertisé. Un travail structuré, avec des plages-horaire bien définies, tel qu'auprès des transports publics d'une ville, est compatible et souhaité par l'assuré.

Cependant, il se peut que M. D. _____, de par sa structure de personnalité limite, ait besoin de changer périodiquement de place de travail, même quand celle-ci est parfaitement convenable.

4.6 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par exemple heures par jour), diminution de rendement comprise ? Depuis quand ?

Une activité de chauffeur peut être exercée à un pourcentage significatif d'au moins 70%. Il se peut que pendant de longues périodes l'expertisé puisse aussi travailler à plein temps mais, dans la durée, il est à craindre qu'il connaitra encore des périodes de décompensation qui réduiront de manière transitoire sa capacité de travail.

4.7 Quelle a été l'évolution de la capacité de travail de l'assuré(e) dans une activité adaptée ?

M. D. _____ n'a pas travaillé depuis juillet 2010. Il aurait d'un point de vue médico-théorique pu travailler dès le début de l'année 2012 à un taux d'au moins 70%.

[...]

5. Mesures thérapeutiques

5.5 Description des traitements mis en œuvre, de leur déroulement et de leur résultat

Après l'échec de 3 traitements antidépresseurs, le traitement consiste depuis 4 ans en l'administration de **RITALINE** associée à du **LYRICA**. Des doutes quant à une adhésion parfaite au traitement psychotrope sont légitimes mais l'indication de ce traitement peut aussi être remise en cause. L'investigué dit se sentir tendu avec le traitement stimulant d'Amphétamines et a besoin du LYRICA pour son effet calmant. Certains symptômes décrits par l'exploré pourraient correspondre à des effets secondaires de son traitement. Par ailleurs, il est toujours fragile sur le plan psychologique en l'absence de soins psychothérapeutiques appropriés. Il est fort probable qu'un traitement antidépresseur soit de nature à mieux le stabiliser.

5.6 Ces traitements étaient-ils adéquats au regard de la situation donnée ?

Si le diagnostic de TDAH était correct, le traitement administré pourrait être estimé approprié. La présente expertise conclut à une erreur de diagnostic et par conséquent à une inadéquation du traitement.

[...]

5.8 Propositions thérapeutiques ? Sont-elles exigibles ?

L'insuffisance d'efficacité du traitement découle du fait que la pathologie de base n'est pas correctement diagnostiquée. Il existe des doutes quant à la compliance médicamenteuse. Administrer un traitement antidépresseur et soigner le trouble de la personnalité seraient les options à choisir. Des contrôles plasmatiques seraient utiles.

[...]

7 Des mesures, notamment thérapeutiques ou de réadaptation professionnelle, sont-elles susceptibles d'améliorer la capacité de travail (ou le rendement) dans l'activité exercée jusqu'à présent ou dans l'activité adaptée, cas échéant, lesquelles ? Si non, pour quelles raisons ?

A ce stade, l'expertisé n'a pas adhéré aux mesures de réadaptation professionnelle qui lui ont été proposées à 2 reprises durant l'année 2012. Il n'a pas non plus trouvé particulièrement utile le suivi psychothérapeutique auprès de l'UPA. Cependant, tenant compte de la fragilité affective de M. D. _____, de son besoin d'encadrement, de son attitude régressée, il y a plus de chances qu'il puisse travailler dans l'économie du marché s'il est coaché par l'assurance-invalidité. En effet, après plus de 6 ans hors marché de l'emploi, il est fort probable que l'accès de l'assuré à un emploi dans l'économie du marché ne soit pas aisé.

Des mesures de coaching par la division de réhabilitation, dans une activité de chauffeur par exemple, peuvent aussi aider M. D. _____ à lutter contre son sentiment de victimisation et d'exclusion.

C. Synthèse, pronostic et conclusions

[...]

Le pronostic est en principe favorable. M. D. _____ se montre authentique, motivé pour la reprise d'un emploi, il aime toujours son métier de camionneur et a même une idée précise de la place qu'il espère occuper comme chauffeur en ville d'I. _____. Bien qu'il n'ait pas adhéré jusqu'ici aux mesures de réhabilitation préconisées en 2012, il semble utile de les lui proposer encore une fois pour se réinsérer dans l'activité exercée auparavant. L'attitude psychologique de l'exploré et son sentiment d'avoir trop fait pour les autres, d'être victime de cette situation pourraient trouver une certaine réparation par le biais d'un coaching en sa faveur.

Il y a de bonnes chances que l'expertisé puisse récupérer une capacité de travail significative, au moins de 70% et allant jusqu'à 100%, sans baisse de rendement, dans son ancien métier, dès la mise en place des mesures thérapeutiques indiquées et des mesures de réhabilitation accompagnantes. Afin de laisser le temps

à ce processus d'agir, on peut estimer que la mise en place des mesures médicales et réhabilitatives pourra démarrer à partir du 01.03.2017.

Tenant compte du trouble de la personnalité qui pourrait être mieux stabilisé avec des soins psychothérapeutiques et psychopharmacologiques mais qui risque de persister durant toute la vie, il n'est pas exclu que l'assuré présente encore des décompensations significatives dans les années à venir avec une répercussion sur la capacité de travail."

Se déterminant le 23 février 2017, l'OAI renvoie à un avis de la veille du Dr AA._____ du SMR soulevant diverses interrogations quant à l'évaluation de la capacité de travail, le changement de médication et le caractère adapté de l'activité habituelle ou future, tels qu'évalués par l'expert Y._____.

Prenant position le 6 mars 2017, le recourant se réfère aux documents suivants :

- un rapport non daté établi par la psychologue CC._____ consécutivement à des tests psychologiques réalisés en août 2014, évoquant un fonctionnement clairement psychotique, passablement perturbé, avec même par moment quelque chose de l'ordre d'un fonctionnement schizophrénique, malgré des défenses répétées et importantes du registre maniaque et du registre paranoïaque qui peinaient à contenir la poussée des angoisses archaïques ;

- un rapport du 15 février 2017 des Drs L._____ et BB._____, cheffe de clinique adjointe à l'UPA d'I._____, écartant le diagnostic de trouble de l'adaptation dont il était peu probable qu'il se soit prolongé durant les sept ans de suivi à l'UPA, indiquant que le patient présentait en décembre 2014 une nature angoissée avec un fonctionnement psychotique, un trouble de la personnalité de type borderline et évitant ainsi qu'un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, relevant que, dans le cadre de son trouble de la personnalité et son vécu d'abandon, l'assuré avait eu de la peine à s'investir dans un suivi psychothérapeutique à l'UPA où existait un changement périodique de thérapeute, et précisant qu'un arrêt de la médication de Ritaline et

Lyrice s'était soldé par une demande de reprise du traitement par le patient vu les effets bénéfiques ; pour les médecins de l'UPA, l'exigibilité fixée par l'expert Y._____ à 70% dès le 1^{er} mars 2016 [recte : 2017] était en outre trop optimiste au vu du diagnostic de trouble de la personnalité décompensé et d'agoraphobie avec trouble panique.

Aux termes d'un complément d'expertise du 2 juin 2017, le Dr Y._____ a précisé ce qui suit :

"COMMENTAIRES SUR LES NOUVEAUX DOCUMENTS JOINTS AU DOSSIER

[...]

Le rapport des psychiatres traitants du 15 février 2017 et l'examen psychologique joint d'août 2014 méritent les commentaires suivants :

a. Les psychiatres traitants estiment qu'un trouble de l'adaptation ne peut pas durer sept ans. En effet, la période de décompensation globale n'a pas duré sept ans. L'expertisé a présenté un trouble de l'adaptation pendant l'été 2010 et une partie de l'année 2011. Il est possible que son tentamen de février 2011 fasse partie de cet épisode. Il n'est pas prouvé que le tentamen de mai 2012 corresponde à un état de décompensation durable. Si tel était le cas, le dossier aurait été plus explicite sur cet épisode. En tout cas, en 2013, lors de l'expertise du Dr R._____, un trouble significatif de nature thymique-anxieuse ne fait plus partie du tableau. Des décompensations thymiques majeures ne sont pas signalées depuis 2013 et l'on peut même douter de l'existence de troubles de l'adaptation au-delà de quelques jours ou quelques semaines.

Ainsi, non seulement le trouble principal de l'axe I n'a pas duré sept ans, il a peut-être duré moins d'un an pour l'ensemble de ces dernières sept années. C'est le trouble de la personnalité sous-jacente qui a déterminé son caractère récidivant.

Les psychiatres traitants confirment que le trouble dépressif est en rémission, semble-t-il déjà depuis décembre 2014 au moins. Ils signalent un patient « *angoissé* » mais pas déprimé, ce qui colle parfaitement avec les diagnostics de troubles anxieux attribués.

b. Ils évoquent « *un fonctionnement clairement psychotique* ». Cet élément est fortement suggéré par le rapport psychologique de 2014 qui manquait dans le dossier qui nous a été fourni initialement. Ce rapport parle de « *menaces diffuses, qui, par moment, tombent même dans quelque chose de franchement paranoïaque* ». L'expertisé fait preuve d'une interprétativité pathologique comme de « *défenses de type maniaque et paranoïaque* ». La psychologue va jusqu'à suggérer l'existence d'un trouble schizophrénique, elle se

pose la question de l'existence « *d'une psychose mixte ou d'une psychose schizo-affective* ».

Au moment de l'examen psychologique d'août 2014, comme l'indique le rapport de l'UPA de juillet 2014, M. D. _____ était au bénéfice d'un traitement amphétaminique de RITALINE SR, à raison de 40 mg/j. Il n'a pas bénéficié d'un traitement neuroleptique qui aurait été plus indiqué pour ses troubles psychotiques. En effet, l'on peut se poser la question avec le recul si ce n'est pas le traitement amphétaminique qui a renforcé indirectement les éléments paranoïaques. Il est à noter que lors de l'expertise de février 2017, l'expertisé présentait un taux presque imperceptible de RITALINE et des symptômes paranoïaques ou schizophréniformes étaient absents.

c. « *Le trouble de la personnalité et le vécu d'abandon ont empêché M. D. _____ de s'investir dans un suivi psychothérapeutique à l'UPA* ». Cette conjecture n'est appuyée par aucun élément objectif. On lit après que « *les thérapeutes changent périodiquement* » à l'UAP [sic]. On peut admettre que ce cadre n'était pas adapté au profil de personnalité de M. D. _____ et se demander pourquoi l'UPA n'a pas adressé ce patient à un psychiatre installé pour un suivi de longue durée.

d. On apprend aussi que M. D. _____ « *estimait qu'il allait beaucoup mieux* ». En même temps, on apprend par les thérapeutes qu'« *il est dans l'évitement et a tendance à s'isoler chez lui* ». Le fait d'aller mieux et de s'isoler ne vont pas de pair, mais cela ne correspond pas non plus au style de vie de M. D. _____ qui a maintenu une vie sociale et des loisirs variés. Cela va dans le sens de mon rapport qui situe la fin de la décompensation à l'année 2012 avec une rémission significative par la suite. La faible adhésion au suivi psychothérapeutique de l'expertisé, voire sur le plan médicamenteux, trouve ainsi une explication plus simple : le traitement n'était plus nécessaire sur le plan clinique d'autant plus qu'il était erroné.

e. S'il a été difficile d'arrêter le traitement de RITALINE comme le soutiennent les soignants, cela ne fut pas le cas lors de l'examen psychiatrique du 17 janvier 2017. L'exploré n'a alors manifesté aucun attachement à ce médicament qu'il considérait anxiogène et sans effet suffisant sur son état psychique.

f. Les psychiatres traitants n'évoquent aucune limitation fonctionnelle valable en faveur du maintien d'une incapacité de travail à 100% et à l'appui de l'exclusion d'une réadaptation.

REPONSES AUX QUESTIONS POSEES PAR LE SMR ET L'AVOCAT DE PROCAP

1. Comment la capacité de travail peut-elle être estimée à au moins 70% en augmentant jusqu'à 100%, sans baisse de rendement, sous réserve de la mise en place des mesures thérapeutiques préconisées et une capacité de travail médico-théorique à 70% au moins dès 2012 dans l'activité habituelle en l'absence du traitement préconisé ?

A la page 60 de mon rapport d'expertise, j'estime qu'une capacité de travail médico-théorique entre 70-100% aurait pu être actualisée dès 2012. Il s'agit d'une considération purement théorique car l'expertisé n'a pas travaillé depuis juillet 2010.

Cette appréciation, proche de celle de l'expert R._____, se base sur l'absence d'éléments cliniques en faveur de diagnostics gravement incapacitants, notamment sur l'axe I et des limitations fonctionnelles correspondantes. Comme indiqué ci-dessus, la phase de décompensation majeure a, en toute probabilité, été surmontée mi-2012, voire avant.

Plusieurs raisons peuvent être mentionnées en lien avec cet impossibilité de mettre en exergue une capacité de travail quelconque durant plusieurs années et ce malgré un attachement au métier de base de chauffeur. D'une part, on peut estimer que l'expertisé n'a pas été soigné de manière optimale. Son diagnostic de THADA était erroné et il a reçu des traitements inutiles qui auraient même induit des effets secondaires gênants. D'autre part, il n'a pas manifesté une motivation suffisante au travail, à la réhabilitation qu'il a ignorée en 2012 et à une prise en charge psychothérapeutique en ambulatoire ainsi qu'à domicile. Il ne s'agit pas d'une baisse de motivation découlant d'un état dépressif majeur persistant. Un tel état, s'il a eu lieu pendant une phase, n'a pas duré longtemps. Il s'agirait plutôt d'un manque de motivation de la part d'une personne qui a été prise en charge sur tous les plans et qui dans un esprit de victimisation plus ou moins conscient s'est complu dans ce status.

Pour le type d'affection dont souffre M. D._____, c'est surtout la relation thérapeutique durable qui garantit un effet stabilisant. Il serait très utile qu'il s'engage dans une telle prise en charge. En tout cas, cliniquement, il ne présente pas de limitations fonctionnelles invalidantes et la question de la mise en place de mesures thérapeutiques vise surtout à favoriser sa réadaptation et le maintien d'une place de travail sur le long terme.

2. Les bénéfices attendus d'un traitement thérapeutique non encore essayé sur une potentielle capacité de travail peuvent-ils être assurés ?

Comme expliqué plus haut, on se trouve face à un état dépressif en rémission complète. Le traitement antidépressif tricyclique préconisé vise une stabilisation dans la durée plutôt qu'une rémission de symptômes résiduels importants.

Par ailleurs, l'état oisif et régressif dans lequel se trouve l'investigué depuis sept ans n'est pas de nature à renforcer son estime de lui. La mesure de réadaptation aura à titre subsidiaire un rôle thérapeutique de valorisation et de socialisation surtout si elle permet à l'assuré de retrouver son identité professionnelle perdue.

3. Est-il judicieux de remplacer le traitement actuel plutôt stimulant par un antidépresseur tricyclique possédant des propriétés sédatives en regard de l'activité de chauffeur professionnel alors que l'assuré se plaint déjà d'une fatigue susceptible de générer une somnolence ?

Comme le détaille mon rapport, le diagnostic et le traitement sont aberrants. Renoncer à ces traitements diminuera les effets secondaires qui en découlent.

La gravité de l'état dépressif (score de 6 sur l'échelle de Hamilton) est minime. Il se peut qu'une fois le traitement d'amphétamines arrêté, le score baissera davantage. Un traitement antidépressif est ainsi proposé surtout pour soutenir M. D. _____ face aux défis qui l'attendent, sur le plan affectif comme professionnel.

Un traitement antidépressif peut dans cette indication être administré à la dose plutôt faible de 50 mg d'Amitriptyline qui n'a que très rarement des effets secondaires passés les premiers jours du traitement. Il est aussi possible, selon l'évolution, que l'adjonction d'un traitement SSRI après quelques jours de traitement tricyclique soit bien supportée et apporte une contribution stimulante.

4. L'activité habituelle ou la future activité envisagée comme chauffeur de bus à I. _____ est-elle adaptée si le diagnostic de trouble de la personnalité borderline décompensé devait être suivi ?

L'idée de travailler comme chauffeur de bus vient de l'assuré et pas de l'expert. La place de travail à préconiser reste du ressort du service de réadaptation de l'OAI.

L'expertisé est apte à travailler dans plusieurs métiers manuels. Sa motivation principale est de travailler en tant que chauffeur. Dans la mesure du possible, le maintien d'un emploi dans ce secteur aura un impact identitaire favorable.

En soit [sic], le trouble de la personnalité limite n'est pas en l'état une raison d'exclusion de toute activité. Un pourcentage élevé de la population active présente ce trouble et assume un emploi. Des rechutes périodiques représentent le risque principal, mais elles ne signifient pas une invalidité ni un risque pour l'assuré ou pour autrui.

[...]

6. Avis quant à un fonctionnement psychotique décrit dans l'examen psychologique d'août 2014 et quant à un trouble de la personnalité de type non seulement borderline mais aussi évitant émis par les psychiatres traitants.

L'examen psychiatrique du 17 février 2017 n'a pas mis en évidence des signes appartenant au registre psychotique. Il est ainsi en net décalage avec l'examen psychologique de 2014. Comme indiqué ci-dessus, il est possible que les amphétamines aient exacerbé des traits paranoïaques dans une structure limite décompensée. Le taux de RITALINE était infime lors de l'examen de 2017, élément qui appuie l'hypothèse iatrogène de l'origine de ces symptômes.

Quant à la question de la personnalité évitante, il est étonnant de la trouver à ce stade. Ce diagnostic n'a pas été établi par les psychiatres traitants dans le dossier fourni à l'expert. [...]

Spécifiquement, rien ne vient à l'appui d'un diagnostic de l'axe II de personnalité évitante. L'assuré a une vie sociale sans repli. Il partage sa passion de la musique avec ses amis (p. 34). Il visite son ex-compagne. Il demande à travailler comme chauffeur de bus, activité qu'un phobique social aurait préféré éviter...

7. Réponses aux doutes des psychiatres traitants quant à la possibilité de modifier la médication psychotrope et à la faisabilité d'une psychothérapie.

Un changement de médication après maintes années de traitement doit se faire dans une relation de confiance et dans le cadre d'un suivi régulier. Je préconise qu'il se fasse auprès d'un psychiatre installé et suffisamment chevronné pour traiter les troubles de la personnalité.

Il n'est pas certain que M. D. _____ puisse poursuivre une prise en charge psychothérapique sur la durée nécessaire. Toutefois, cette option serait favorable afin d'éviter un changement périodique de thérapeute comme cela risque d'être le cas à l'UPA.

8. Quelle réponse apporter aux psychiatres traitants qui jugent l'estimation de la capacité de travail à 70% dès le mois de mars 2017 trop optimiste vu les diagnostics de trouble de la personnalité décompensé et d'agoraphobie avec trouble panique ?

A la page 41 de mon rapport, il est indiqué que le trouble panique et l'agoraphobie sont très rares et leur impact fonctionnel infime. Quant au trouble de la personnalité limite, dans sa gravité actuelle, il est compatible avec un travail à un taux significatif. Adhérer à un suivi psychothérapique sera dans l'intérêt de la santé de M. D. _____ et dans la perspective du maintien d'un emploi.

Une mise en place rapide de mesures de réadaptation en collaboration active avec l'OAI représente un autre élément utile pour sortir M. D. _____ de son état d'inactivité avant que celui-ci ne se cristallise.

Le rapport supplémentaire fourni par les psychiatres traitants et le rapport psychologique de 2014 n'apportent pas de nouveaux éléments pouvant modifier mon appréciation du cas. Au contraire, ils renforcent mon impression que l'authentique décompensation incapacitante de 2010 a été délimitée dans la durée. L'erreur de diagnostic et de traitement, comme de l'estimation de la capacité de travail, ont rendu difficile la récupération d'une capacité de travail. Il est ainsi urgent d'instaurer au plus vite une prise en charge adéquate associée à des mesures de réadaptation."

Par écriture du 19 juillet 2017, le recourant fait valoir que l'expert Y. _____ confirme implicitement une incapacité totale de travailler de juillet 2010 jusqu'à mi-2012 au moins et qu'il semblerait que cette incapacité ait ensuite été prolongée par une erreur de diagnostic et un traitement inadapté - ce qui justifie de lui reconnaître à tout le moins le

droit à une rente entière d'invalidité allant de 2010 à 2017. Il allègue en outre que, selon les conclusions de l'expert psychiatre, il présente une diminution de sa capacité de travail dans l'activité de chauffeur, si bien que sa perte de revenu doit être déterminée en vertu de la méthode générale d'évaluation de l'invalidité.

Par acte du 20 juillet 2017, l'OAI confirme sa position tout en renvoyant à un avis SMR établi le 26 juin précédent par le Dr AA. _____, dont les conclusions sont les suivantes :

"En synthèse, si nos interrogations relatives à l'exigibilité d'un changement de traitement et au caractère adapté ou non de l'activité habituelle ou envisagée sont maintenues, on peut admettre comme l'expert qu'il n'existe pas au dossier d'éléments médicaux objectifs permettant de justifier une incapacité de travail de longue durée depuis 2012 au moins. Malgré les divergences de diagnostic ou de traitement, qui ne concernent pas directement l'OAI, il confirme de fait les conclusions de l'instruction initiale."

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si le recourant présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (cf. art. 6 LPGA).

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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 (cf. art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

4. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

b) 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux des conclusions d'une expertise judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées).

5. Sur le plan psychiatrique, l'OAI s'est fondé sur les conclusions du Dr R. _____ pour retenir que le recourant ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI - ce que l'assuré a contesté en se prévalant de l'appréciation de ses médecins traitants.

a) Aux termes de son rapport du 25 avril 2013, l'expert R._____ n'a retenu aucune atteinte psychique incapacitante. Il a en revanche posé les diagnostics sans impact sur la capacité de travail de probable THADA, de dysthymie, d'abus et/ou dépendance éthylique, de non observance médicamenteuse (Cymbalta) et de personnalité à fonctionnement état limite, immaturité. L'expert a en particulier observé que si le recourant avait peut-être présenté un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive suite à son licenciement, l'évolution était marquée par un sujet assez revendicateur, avec une mauvaise compliance tant sur le plan thérapeutique que médicamenteux. Il a dès lors conclu à une pleine capacité de travail médico-théorique, soulignant notamment que le trouble de la personnalité - avec un fonctionnement état limite et une certaine immaturité - ne relevait pas d'un trouble majeur de la personnalité et que, si l'hypothèse d'un THADA pouvait éventuellement être suggérée, cela n'avait toutefois pas empêché l'assuré de travailler jusqu'en 2010. L'expert a en outre signalé des limitations physiques sous forme d'une tendance aux somatisations à polarité digestive mais a relevé, au plan psychique et mental, qu'il n'y avait pas de symptomatologie dépressivo-anxieuse majeure incapacitante. Sur cette base, l'expert R._____ a admis une capacité de travail de 100% depuis le 1^{er} avril 2011, soit six mois après la fin des rapports de travail au 30 septembre 2010 (et non au 31 octobre 2010 tel que noté par erreur dans le rapport d'expertise), eu égard au trouble de l'adaptation (cf. rapport d'expertise du 25 avril 2013 pp. 18 ss).

b) Le Dr V._____, médecin généraliste, a indiqué pour sa part que, si une rente d'invalidité devait être octroyée, ce serait pour des raisons psychiatriques (cf. rapports des 28 février et 5 septembre 2011).

Par ailleurs, à la suite du Dr Z._____ qui avait diagnostiqué le 13 août 2010 un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et un trouble de la personnalité anankastique (F60.5) probable, le Dr L._____ a tout d'abord diagnostiqué le 6 janvier 2011 un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, avec des diagnostics différentiels sous forme de trouble anxieux généralisé, de trouble de

l'adaptation dans un contexte de personnalité anankastique (obsessionnelle), de difficultés liées à la situation sociale et de trouble bipolaire de type II. Puis, le 14 juillet 2011, ce médecin a mentionné les atteintes incapacitantes d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis fin 2010, de traits de personnalité anankastique depuis 2007 et de possible trouble anxieux généralisé depuis 2007, considérant cependant que l'activité exercée demeurerait exigible médicalement et que les restrictions présentées pourraient être réduites au moyen d'un suivi psychiatrique régulier et d'une meilleure observance médicamenteuse. Enfin, le 24 octobre 2011, le Dr L._____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission, un trouble anxieux généralisé, une personnalité à traits obsessionnels et anxieux, des difficultés liées à la situation sociale et des somatisations éventuelles, soulignant à nouveau le non-respect du cadre psychothérapeutique par le patient.

Concernant la Dresse T._____, elle s'est tout d'abord exprimée dans un rapport du 3 mai 2012, posant les diagnostics incapacitants d'anxiété généralisée et de trouble hyperkinétique avec perturbation de l'activité et de l'attention présents depuis l'enfance, signalant en outre des diagnostics sans impact sur la capacité de travail sous forme de trouble dépressif récurrent alors en rémission et de traits de personnalité anankastique remontant à l'adolescence, et considérant finalement que l'activité habituelle de chauffeur poids lourds ne pouvait plus être exercée mais que l'on pouvait envisager une activité adaptée à un taux initialement réduit mais susceptible d'être augmenté ultérieurement. Le 15 août 2013, la Dresse T._____ a établi un nouveau compte-rendu dans lequel elle a diagnostiqué un TDAH remontant à l'enfance ; elle a ajouté que l'échelle de Hamilton utilisée par l'expert R._____ se référait à certains éléments qui étaient masqués par l'hyperactivité ou le déficit d'attention, avec pour conséquence que le score était probablement inférieur à la réalité. La Dresse T._____ a considéré en outre que les critères nécessaires pour poser le diagnostic d'anxiété généralisée étaient remplis ; elle a également précisé que la perte de poids et l'anxiété ne permettaient qu'un faible dosage de la

Riatline. Eu égard à ces éléments, elle a conclu à une capacité de travail nulle.

Quant à la Dresse S._____, elle a établi un rapport le 7 juillet 2014 abordant différentes problématiques relatives tant à l'existence d'un trouble de la personnalité qu'au traitement de l'assuré et à sa consommation d'alcool, à son parcours de vie, ainsi qu'aux troubles ayant eu une répercussion notable sur sa capacité de travail depuis 2010. En premier lieu, la Dresse S._____ a déclaré « *avec certitude* » que l'assuré souffrait d'un trouble de la personnalité, après avoir rappelé les critères développés à cet égard par la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). Elle a relevé que différents troubles de la personnalité avaient été diagnostiqués jusqu'alors et qu'à l'heure actuelle on constatait des traits de personnalité davantage paranoïaque qu'anankastique, ainsi que des traits de personnalité dépendante, tous ces traits de personnalité se répercutant dans différents domaines de la vie de l'assuré (cf. rapport du 7 juillet 2014 p. 1 ch. 1). La Dresse S._____ s'est par ailleurs exprimée quant aux raisons probables d'une non-adhérence au traitement antidépresseur telle que démontrée à l'occasion de l'expertise du Dr R._____, évoquant à cet égard une absence de collaboration qui n'avait toutefois pas été observée lors du suivi à l'UPA, une probable conscience morbide partielle ou des oublis fréquents en lien avec le diagnostic de THADA (cf. rapport du 7 juillet 2014 p. 2 ch. 2). La Dresse S._____ a également retenu que le parcours professionnel instable durecourant pouvait être expliqué par son trouble de la personnalité, ainsi que par les difficultés rencontrées du fait du THADA (cf. rapport du 7 juillet 2014 p. 2 ch. 3 et ch. 4). Enfin, la Dresse S._____ a considéré que l'incapacité de travail survenue à partir de 2010 - et à l'origine du présent litige - devait être mise sur le compte d'une anxiété généralisée compliquée, secondairement, d'un épisode dépressif sévère (cf. rapport du 7 juillet 2014 p. 2 ch. 4).

c) De ce qui précède, il ressort en particulier que des avis divergents ont été émise quant aux effets d'un probable THADA et d'un trouble de la personnalité sur la capacité de travail du recourant. Afin de

lever ces divergences, une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès de l'expert psychiatre Y._____, qui a rendu son rapport le 2 février 2017 puis l'a complété le 2 juin 2017.

Au terme de son analyse du cas, l'expert Y._____ a nié l'existence d'un THADA, concluant sur ce point à une erreur de diagnostic et par conséquent à une inadéquation du traitement. Il a en outre posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de trouble de l'adaptation mixte avec anxiété et humeur dépressive, de trouble panique, d'agoraphobie et de personnalité borderline décompensée, la décompensation de la personnalité de type borderline prédisposant l'apparition des autres pathologies. Il a retenu que l'assuré avait présenté une entière incapacité de travail depuis le 26 juillet 2010 sur le plan psychiatrique, puis qu'une amélioration était survenue au début de l'année 2011, suivie d'un tentamen grave en février 2011 et d'une rémission significative dès juillet 2011 - ainsi, la période d'incapacité significative n'avait pas duré une année entière en 2010/2011 et il n'y avait du reste pas d'indices pour reconnaître une incapacité totale et durable de juillet 2010 à fin 2012, nonobstant un possible trouble de l'adaptation en mai 2012 ; l'expert R._____ avait en outre constaté un état clinique plutôt rassurant en mars 2013 permettant de fixer la capacité de travail entre 70 et 100 % à l'époque. Aussi pouvait-on conclure à une capacité de travail médico-théorique de 70 % depuis le début de l'année 2012. L'expert Y._____ a plus spécifiquement précisé que le recourant avait de bonnes chances de récupérer une capacité de travail significative d'au moins 70 %, allant jusqu'à 100 % dans son ancien métier dès la mise en place des mesures thérapeutiques adéquates et des mesures de réhabilitation accompagnantes (cf. rapport d'expertise du 2 février 2017 pp 54 à 66). Par la suite, ce spécialiste a encore indiqué l'assuré avait surtout souffert de décompensations transitoires et réactionnelles en lien avec son trouble de la personnalité. Il a ajouté qu'il existait davantage d'indices en faveur d'un trouble de l'adaptation mixte que d'un véritable épisode dépressif majeur et que, si un trouble de l'adaptation ne pouvait certes pas durer sept ans comme l'avaient relevé les psychiatres traitants, il n'en demeurait pas moins que la période de décompensation globale

n'avait pas duré sept ans (l'expertisé ayant présenté un tel trouble pendant l'été 2010 et une partie de l'année 2011) et que c'était le trouble de la personnalité sous-jacent qui avait déterminé son caractère récidivant. Le Dr Y._____ a de surcroît souligné que c'était surtout la relation thérapeutique durable qui garantissait un effet stabilisant pour le type d'affection dont souffrait le recourant et que, cliniquement, l'assuré ne présentait pas de limitations fonctionnelles invalidantes, la question de la mise en place de mesures thérapeutiques visant surtout à favoriser la réadaptation et le maintien d'une place de travail sur le long terme (cf. complément d'expertise du 2 juin 2017 pp 7 et 9).

A cela s'ajoute que dans le cadre de son exposé, l'expert Y._____ a motivé de manière détaillée les raisons pour lesquelles il s'écartait de l'appréciation des psychiatres traitants - y compris après examen des rapports supplémentaires de la psychologue CC._____ (non daté) et des Drs L._____ et BB._____ (15 février 2017), qui reprennent en substance la position défendue jusqu'alors par les médecins traitants - comme de l'avis de l'expert R._____ (cf. rapport d'expertise du 2 février 2017 pp 38 à 47 et 58 s. ; cf. rapport complémentaire du 2 juin 2017 pp 7 à 12), précisant néanmoins que son analyse de la capacité résiduelle de travail restait proche de celle de l'expert R._____ (cf. rapport complémentaire du 2 juin 2017 p. 9). Il a également exposé de façon circonstanciée - en particulier dans son rapport complémentaire du 2 juin 2017 (pp 9 à 12) - la nécessité d'un changement dans la prise en charge du cas. A la lecture des autres évaluations médicales au dossier, la Cour ne détecte aucun élément déterminant qui aurait échappé à l'examen de l'expert Y._____ et qui serait susceptible de remettre en cause les conclusions de ce spécialiste. Aussi celles-ci doivent-elles être préférées à tout autre avis médical.

Par ailleurs, le rapport du Dr Y._____ est soigneusement élaboré, repose sur un examen complet du dossier médical, tient compte tant de l'anamnèse que des plaintes du recourant et contient des conclusions claires et dûment motivées. Il satisfait ainsi en tous points aux

exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4b supra).

Concernant plus particulièrement l'adaptation dans la prise en charge du recourant telles que préconisées par l'expert Y._____, sur laquelle repose l'entière capacité de travail escomptée par ce spécialiste, on rappellera que selon la jurisprudence (cf. ATF 113 V 28 consid. 4a et les références), le principe de la réadaptation par soi-même exige de l'assuré qu'il entreprenne de lui-même tout ce qui est convenable pour améliorer sa capacité de gain, en premier lieu par l'épuisement de toutes les possibilités de traitements ; le fait que l'assuré ne satisfasse pas suffisamment à son obligation de réduire le dommage peut être pris en considération et conduire au refus, total ou partiel, du droit à une rente durable ou temporaire (cf. TFA I 404/05 du 19 septembre 2006 consid. 7).

Cela étant, il convient donc de retenir avec l'expert Y._____ que l'assuré ne présente pas d'atteinte à la santé incapacitante sur le plan psychiatrique.

C'est par ailleurs en vain que le recourant a questionné les compétences des médecins du SMR ayant émis les avis médicaux des 16 janvier et 16 septembre 2014 (cf. mémoire de recours du 23 juin 2014 p. 7 et réplique du 8 décembre 2014 p. 2). A cet égard, il convient de lui faire remarquer que c'est bien sur la base de l'appréciation de spécialistes en psychiatrie (que ce soient ses psychiatres traitants, le Dr R._____ ou le Dr Y._____) que son cas a été évalué sur le plan psychique, les rapports du SMR synthétisant les renseignements au dossier (tels les avis médicaux des 16 janvier et 16 septembre 2014) ne poursuivant pas le même but et n'étant pas soumis aux mêmes exigences de forme (cf. consid. 4b supra).

6. a) Sur le plan somatique, le recourant s'est prévalu de son état général « *fortement délabré* », respectivement « *très diminué* », et d'un BMI très nettement inférieur à la norme (cf. mémoire de recours du 23 juin 2014 p. 7 et réplique du 8 décembre 2014 p. 3).

b) Les pièces au dossier ne contiennent toutefois aucun indice sérieux susceptible d'étayer la thèse du recourant quant au déclin de sa condition physique. A l'inverse, on relèvera que dans son rapport du 28 février 2011 établi en sa qualité de médecin généraliste traitant, le Dr V._____ a non seulement indiqué que l'assuré ne présentait pas de grosses pathologies somatiques, mais a également exclu - implicitement - l'octroi d'une rente du fait de troubles physiques. Or, le recourant n'a produit aucun début de preuve susceptible de démontrer le contraire. Ses simples allégations, qui ne sont pas établies, ne sauraient dès lors suffire à elles seules pour emporter la conviction de la Cour de céans. S'il est par ailleurs constant que l'intéressé a connu une perte de poids mentionnée par différents médecins et que certaines investigations ont été menées à ce niveau (cf. notamment les rapports du Dr L._____ des 6 janvier p. 1 et 24 octobre 2011 ; cf. également le rapport de la Dresse T._____ du 15 août 2013 p. 2), les praticiens consultés n'ont à aucun moment évoqué l'existence d'une atteinte somatique spécifique et encore moins d'une atteinte somatique incapacitante ; le seul fait que le Dr V._____ ait évoqué un BMI entre 17 et 18 n'y vient rien changer.

Par ailleurs et surtout, l'expert O._____ mandaté par la Cour de céans a retenu, à l'issue d'un raisonnement médical clair et dûment étayé, que seule la bronchopneumopathie avait un impact sur la capacité de travail en ce sens que le port de charges était limité à 25 kg de manière itérative dans toute activité et qu'il n'y avait ainsi pas d'incapacité de travail sur le plan somatique (cf. rapport d'expertise du 17 décembre 2016 spéc. p. 21).

c) Cela étant, on ne peut que conclure à l'absence d'atteinte incapacitante au niveau physique.

7. Au regard de ce qui précède, il s'impose de retenir que le recourant ne présente aucune atteinte à sa santé psychique ou physique susceptible d'entraver sa capacité de travail et de gain. C'est dès lors à juste titre que le droit à des prestations de l'AI lui a été refusé.

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al.1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires, celle-ci est en effet tenue au remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art.18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux frais judiciaires, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 20 mai 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.

- IV.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique (pour D._____),
- 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 :