

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juin 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

M. Monod et Mme Silva, assesseurs

Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. Le 8 janvier 2014, K._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...] et titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de vendeur, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : l'AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de troubles psychiques, d'agoraphobie et d'angoisses.

B. Il ressort notamment du rapport initial rédigé par l'OAI en date du 19 février 2014 que l'assuré se trouvait sans emploi depuis le mois de septembre 2009 et qu'il bénéficiait du revenu d'insertion depuis le mois de juin 2011.

Par courrier du 19 février 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement. Suite à un entretien au domicile de l'assuré et après réflexion, ce dernier avait en effet clairement indiqué qu'il ne souhaitait pas donner suite aux mesures qui lui avaient été proposées.

Dans le questionnaire pour l'employeur complété le 6 mars 2014 par la société U._____, cette dernière a mentionné que les rapports de travail avaient débuté le 29 juin 2009 et pris fin au mois de septembre 2009, l'employé ayant résilié le contrat de travail pour raisons de santé. L'assuré exerçait la profession de chauffeur-vendeur pour cette entreprise et son salaire mensuel s'élevait à 4'500 fr. par mois.

Dans un rapport médical du 24 mars 2014 adressé à l'OAI, la Dresse Q._____, médecin praticien, a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail :

- état anxio-dépressif chronique depuis 2011 ;
- anxiété généralisée et agoraphobie depuis 2011 ;
- trouble panique depuis 2011.

Comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, ce médecin mentionnait un syndrome métabolique avec hypertension artérielle, une dyslipidémie, un diabète de type II et un excès pondéral, ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil traité par CPAP (Continuous Positive Airway Pressure). Elle ajoutait que son patient présentait également des épisodes de céphalées et de vertiges lorsqu'il était sous stress et qu'il se plaignait aussi de cauchemars fréquents. L'anamnèse révélait un état fortement anxieux quant à ses symptômes et des attaques de panique apparaissaient progressivement lorsque l'assuré se trouvait dans les lieux publics. Un traitement antidépresseur avait été instauré avec fort peu d'effet sur les symptômes et l'assuré présentait de nombreux effets secondaires. La Dresse Q._____ précisait qu'un traitement psychiatrique avait débuté en 2012. Sous la rubrique « symptômes actuel/état actuel», elle mentionnait en outre ceci :

« Chez ce patient, l'imprévu est difficile à gérer. Il présente des comportements d'évitement. Fait ses courses accompagné par sa mère principalement, arrive actuellement à se rendre aux différents rendez-vous médicaux seul. Il a bénéficié d'une ergothérapie à domicile mais lorsqu'on a proposé de faire l'ergothérapie dans un centre spécialisé (les [...]), le patient a décidé de cesser cette activité, étant actuellement incapable de se rendre dans un lieu où il y a beaucoup de personnes autour de lui et de se confronter aux gens qui ne connaît pas. Il présente également une extrême difficulté à être en contact avec des personnes qu'il connaît également si ces dernières sont en grand nombre. Il a limité une grande partie de ses activités extérieures comme faire du shopping, visiter les expositions, aller aux concerts ou même faire des promenades. »

Selon la Dresse Q._____, vu la persistance des symptômes depuis plusieurs années, le pronostic était plutôt défavorable. Elle indiquait que l'incapacité de travail dans la dernière activité exercée était de 100 %. Les restrictions étaient décrites comme suit : « impossibilité d'être en contact avec des gens, engendre un stress important pouvant mener à des attaques de panique chez ce patient, se manifestant par des vertiges intenses, une sensation de perte de connaissance, voire de mort imminente. Le patient se plaint aussi d'une grande fatigabilité lorsqu'il se trouve en situation où il y a beaucoup de personnes autour de lui ». D'un point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible. La Dresse

Q._____ mentionnait également que la capacité de concentration de l'assuré était limitée, ce dernier étant vite envahi par des pensées négatives et un état anxieux important pouvant amener à des attaques de panique. La capacité d'adaptation et de résistance étaient limitées, en raison de l'impossibilité de faire face à des situations nouvelles, respectivement à cause d'une fatigabilité psychologique accrue. La Dresse Q._____ joignait également différentes pièces médicales à son rapport, dont les documents suivants :

- un rapport médical du 13 octobre 2011 établi par le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et cardiologie, dans lequel ce dernier posait les diagnostics de capacité d'effort modérément abaissée d'origine multifactorielle (obésité, déconditionnement), d'absence d'ischémie démontrée sous réserve d'une épreuve incomplète en fréquence, d'échocardiographie dans les limites de la norme (absence de cardiopathie hypertensive à ce stade). Les comorbidités étaient les suivantes : « syndrome métabolique associant HTA labile, diabète de type 2 NID, obésité cl. 2, ancien tabagisme, état anxieux dépressif et agoraphobie ». Sous la partie appréciation, le Dr R._____ écrivait ce qui suit :

« Le présent bilan montre une TA encore un peu élevée en consultation alors que le rythme de base est sinusal à 83 bpm sous Procoralan. L'ECG de repos ne montre pas de trouble de l'électrogenèse, l'échocardiographie permet d'écarter une cardiopathie hypertensive à ce stade et montre une bonne fonction biventriculaire, sans trouble de la cinétique segmentaire. L'ergométrie montre une capacité d'effort modérément abaissée, imputable à l'obésité et au déconditionnement, mais n'a pas induit d'angor ni de modification ECG suspecte, sous réserve d'une épreuve incomplète en fréquence sous Procoralan. En l'absence de clinique suspecte de maladie coronarienne, je ne propose pas de complément d'investigation à ce stade, mais de prévoir un contrôle sous forme d'une imagerie de stress d'ici 2-3 ans, ou plus tôt selon la clinique.

Le traitement ayant été instauré assez récemment, je propose de le maintenir tel quel pour l'instant afin d'avoir un peu plus de recul sur l'effet obtenu ainsi que la tolérance globale. Afin d'éviter les vertiges rapportés, j'ai proposé au patient d'éviter la station debout immobile

prolongée, et de faire quelques pas, manœuvres isométriques, de s'asseoir ou de se coucher au besoin.

Dans un premier temps et dans l'idée de limiter les prises médicamenteuses et de limiter les coûts du traitement, le Procoralan pourrait éventuellement être remplacé par du Nebilet (béta-bloquant apparemment pas encore essayé chez ce patient).

Si l'association reste non satisfaisante pour le patient je te propose d'essayer une association plus faiblement dosée - comme par ex. l'Exforge 80/5 1 cp/j ou 160/5 1cp/j, en maintenant éventuellement un traitement ralentisseur si nécessaire. A l'avenir et si nécessaire, le traitement pourrait être renforcé par la forme Exforge-HCT au besoin tout en limitant le nombre de comprimés.

A ce stade, j'ai surtout rassuré le patient sur l'absence de cardiopathie démontrée, je lui ai rappelé que le traitement de l'hypertension nécessitait souvent plusieurs essais avant d'arriver au traitement optimal pour un patient donné. Je lui ai démontré les quelques manœuvres à faire en cas de sensation de vertige suspect d'hypotension (manœuvres isométriques, toux, s'asseoir, s'hydrater en suffisance). »

- un rapport médical du 19 octobre 2012 adressé par les Drs M._____, spécialiste en neurologie, et V._____, spécialiste en pneumologie et médecine interne générale, à la Dresse Q._____, duquel il ressortait notamment ce qui suit :

« **Proposition** : Chez ce patient qui présente un BMI à 38kg/m² ainsi que de facteurs de risque cardiovasculaire multiples la polygraphie met en évidence un syndrome d'apnée du sommeil de type obstructif et de degré sévère (index d'apnées/hypopnées à 79.8/h). Dans ce contexte, nous retenons l'indication d'appareillage et nous proposons éventuellement une gazométrie afin d'exclure un syndrome d'obésité hypoventilation concomitant (vu l'obésité du patient, la saturation moyenne diminuée et les céphalées matinales). En l'absence d'un syndrome obésité/ventilation un appareillage par CPAP serait proposée si un SOH coexiste un traitement par BIPAP serait préconisé.

Nous avons convoqué le patient pour une consultation afin de pouvoir discuter les résultats ainsi que des options thérapeutiques le 17 octobre dernier, mais malheureusement le patient ne s'est pas présenté au rendez-vous. Nous restons à disposition d'évaluer le patient si vous le désirez, soit, alternativement, vous pouvez adresser M K._____ à un pneumologue proche à son domicile. »

- un rapport médical du 14 décembre 2012 du Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, adressé à la Dresse Q._____, faisant état d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) très sévère avec un

index apnées-hypopnées à 80/heure, d'un syndrome métabolique (obésité, HTA, diabète de type II non-insulino requérant) et d'un état anxio-dépressif. Le Dr X._____ indiquait que son patient souffrait d'un SAOS très sévère et que seul un traitement par auto-CPAP était indiqué, lequel allait prochainement être installé.

- un rapport médical du 19 mars 2013 du Dr X._____ attestant de la bonne efficacité du traitement.
- un bilan d'ergothérapie du 9 août 2013 signé par W._____, ergothérapeute, décrivant le travail réalisé après neuf séances et indiquant notamment que l'assuré s'était investi dans l'activité « Terre », dans laquelle il avait pu s'exprimer. Cette ergothérapeute ajoutait qu'elle parlait d'un projet d'ergothérapie aux [...] avec son patient, mais que ce dernier l'évoquait encore de façon négative du fait de la contrainte des déplacements et de se retrouver face à ses peurs.
- un courrier du 22 septembre 2013 de W._____ à la Dresse Q._____, dans lequel elle évoquait les points positifs de la situation de l'assuré mais aussi les difficultés rencontrées pendant la prise en soin. L'ergothérapeute mentionnait l'extrême peur de l'assuré face aux gens, à la foule en ville, à la nouvelle rencontre d'une ergothérapeute et face au groupe d'ergothérapie, qui étaient des éléments très désécurisants pour lui. L'engagement de l'assuré dans son traitement était décrit comme très satisfaisant.

Dans son rapport médical du 28 mars 2014, le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué des troubles phobiques graves depuis 2007-2008, précisant que le pronostic était sombre. Il ajoutait que l'incapacité de travail dans la dernière activité exercée était de 100 %. Les restrictions étaient formulées comme suit : « Peur pour sortir. Angoisses +++ (panique), fuite et évitements massifs ». Au travail, ces restrictions se manifestaient sous la forme d'une incapacité

à être en situation sociale et l'activité exercée n'était plus exigible. Les troubles phobiques étaient très importants et handicapait l'assuré dans la vie de tous les jours. Selon le Dr L._____, on ne pouvait pas s'attendre actuellement à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Dans l'annexe psychiatrique au rapport AI, ce médecin mentionnait que s'agissant des limitations fonctionnelles, il fallait tenir compte de difficultés relationnelles ressenties par l'assuré, de bizarreries de son comportement (panique-angoisse-évitement), de difficultés dans la gestion des émotions, de difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne (sortir, faire les commissions, évitement de toutes les situations sociales), de difficultés dans les déplacements, éventuellement de difficultés d'organisation du temps, d'une hypersensibilité au stress et d'un épisode continu de décompensation. La capacité de concentration et d'attention étaient limitées, de même que la capacité d'organisation, de planification et d'adaptation au changement. En outre, certaines activités n'étaient plus possibles pour l'assuré, telles que les activités en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels, les activités exigeant une grande autonomie, les activités exigeant de l'endurance, les activités impliquant du stress et les activités exigeant une adaptation permanente. Le Dr L._____ précisait qu'une activité professionnelle n'était plus possible, ni à plein temps ni à temps partiel.

L'OAI a par la suite mandaté la Dresse T._____, spécialiste en pathologie, en psychiatrie et en psychothérapie, afin de réaliser une expertise. Dans son rapport du 7 mai 2015, ce médecin a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de personnalité anxieuse, avec manifestations de phobies sociales et d'agoraphobie F 60.6, F40.0 et F40.1. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : personnalité avec traits immatures F60.8 et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0. Sous le chapitre « appréciation du cas », la Dresse T._____ indiquait ceci :

« Il s'agit d'un assuré âgé de 43 ans, né à [...], aîné d'une fratrie de deux enfants. Détenteur d'un CFC de vendeur, il mène un parcours

professionnel dans ses qualifications puis plus largement dans le commerce et la livraison. Son dernier poste, exercé pour l'entreprise U._____, aurait fait l'objet d'un renoncement spontané à la fin des 3 mois d'essai. Le dernier jour d'activité est annoncé au 17 septembre 2009.

Depuis lors, l'expertisé dit ressentir des symptômes de l'ordre de l'anxiété, craignant notamment la foule, les lieux clos et la conduite d'un véhicule automobile dans des conditions de nuit, d'embouteillage ou d'enneigement. Ces symptômes seraient fortement limitants, notamment en ce qui concerne la vie sociale et l'exercice d'une activité professionnelle.

Sur le plan familial, l'anamnèse psychiatrique se réduit à une notion de suicide chez un arrière grand-père paternel. Du point de vue personnel, l'intéressé dit avoir mené une enfance exempte de traumatisme comme de maltraitance, malgré un père qui ne lui aurait adressé que des reproches. Un mariage, célébré en 2002 et qui a vu la naissance d'une fille la même année, se termine par un divorce en 2007.

A l'examen de ce jour, il s'agit d'un assuré orienté et collaborant, muni de bonnes capacités intellectuelles. Sur un fond d'une personnalité anxieuse illustrée notamment par une attitude globalement en retrait, se greffe une claire autolimitation : les phobies annoncées ciblent à tout point de vue les reproches que l'intéressé formulait à l'égard de ses précédents postes, alors que leur caractère contraignant prend une composante tout à fait élastique. En effet, l'expertisé peut réaliser ses achats seul mais doit être accompagné d'un infirmier pour se rendre à ses rendez-vous ; il doit solliciter sa sœur pour qu'elle lui conduise son arrière grand-mère qui réside à [...], alors que lui-même peut partir en vacances au [...] en voiture avec sa mère. Quand Monsieur K._____ a été stimulé dans le sens de ses angoisses lors de l'entretien, la confrontation à l'expert n'a conduit à strictement aucun phénomène neuro-végétatif. Il est tout aussi surprenant de voir que l'expertisé ne sait pas si 3 ou 4 tunnels jonchent l'autoroute qui le conduit vers le domicile de son arrière grand-mère, alors qu'habituellement une personne phobique connaît avec une précision rigoureuse les caractéristiques des objets anxiogènes. L'attitude face aux symptômes est également peu convaincante, avec une absence totale de désarroi comme de lutte contre ceux-ci ; au contraire, l'intéressé laisse une impression de confort dans le mode existentiel qu'il mène actuellement. De la même manière, il ne convainc pas non plus quant à sa motivation à suivre des traitements efficaces, ce dont il se défend par une fuite habile et discrète.

Ainsi, le cumul des discordances observées permet de conclure que l'expertisé a clairement plus de moyens que ce qu'il annonce et que certaines de ses limitations sont induites par des facteurs non médicaux. Bien que sa nature anxieuse ne soit pas contestée, Monsieur K._____ ne met pas tout en œuvre pour réduire le dommage.

Cette observation est corroborée par les propos de l'intéressé qui dit que les métiers qu'il a exercés sont trop difficiles et que suite à un

accident de la circulation survenu en 2007, il aurait pris la décision de mettre fin à son parcours professionnel.

Quant aux propositions thérapeutiques, le fait que Monsieur K. _____ soit accompagné par un infirmier qui le rassure à chacune de ses sorties et qu'il mange chaque jour chez sa mère correspond à des attitudes régressives qui n'ont que peu de chances de conduire à une amélioration symptomatique. Un travail ciblant l'autonomisation et l'exposition serait vraisemblablement plus indiqué, en particulier en regard d'une personnalité peu mature. Une TCC menée dans les règles de l'art a prouvé son efficacité dans le traitement des troubles phobiques, alors que ce type de traitement est exigible, puisqu'il n'a aucun effet secondaire insurmontable ou dangereux. Il y aurait par ailleurs lieu de s'assurer que la prescription de fluoxétine n'interfère pas dans le syndrome des apnées obstructives du sommeil ; en effet, la composante sérotoninergique des antidépresseurs de type SSRI peut induire une dégradation de la qualité du sommeil, notamment en cas d'apparition d'un syndrome de jambes sans repos (l'intéressé dit ne pas avoir informé son pneumologue de sa prise de fluoxétine). Cette prescription n'est par ailleurs pas indispensable, puisqu'aucun signe de dépression n'a été identifié à l'examen de ce jour.

Face à l'exigibilité professionnelle, bien que la personnalité anxieuse de l'assuré puisse rendre difficile l'exercice d'une activité comme vendeur en raison du risque d'exposition à une clientèle pouvant être nombreuse, son atteinte à la santé ne justifie pas une incapacité de travail dans des activités moins exposées. M. K. _____ a les moyens psychiatriques de s'adonner à l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, pour laquelle aucune atteinte médicale ne l'empêche de débiter les démarches.

En regard de ces observations et avec l'accord de l'assuré, contact téléphonique a été pris avec le Dr L. _____ : ce psychiatre traitant met en avant la fragilité et la solitude de son patient, tout en relevant la difficulté du traitement. Il reconnaît ne pas traiter son patient au moyen d'une thérapie d'exposition ni par d'autres techniques appartenant à la TCC. La Dresse Q. _____, également contactée le jour de l'examen, s'accorde à reconnaître une certaine résistance thérapeutique.

QUANT AU POSITIONNEMENT FACE AUX RAPPORTS MEDICAUX ADRESSES :

· Le rapport médical signé le 24 mars 2014 par la Dresse Q. _____ mentionne des diagnostics d'état anxio-dépressif chronique, d'anxiété généralisée, d'agoraphobie ainsi que d'un trouble panique. Bien que les symptômes dépressifs ne soient actuellement pas présents sous traitement, des manifestations anxieuses sont reconnues et persistantes.

· Quant au rapport signé le 28 mars 2014 par le Dr L. _____ qui fait état d'un trouble phobique grave, la présence de signes anxieux a été observée à l'examen de ce jour. Bien qu'il y ait un consensus quant au fait que

l'expertisé ne soit pas prêt à retravailler, les signes de majoration des symptômes observés ne permettent pas d'attribuer intégralement l'inactivité professionnelle actuelle à une atteinte d'ordre strictement médical.

· Le document signé le 14 décembre 2012 par le Dr X. _____ signale un état anxio-dépressif ; comme relevé ci-dessus, la présence d'éléments anxieux est reconnue alors que les signes dépressifs ont pu être présents, avec rémission sous traitement.

· Face au rapport signé le 13 octobre 2011 par le Dr R. _____, la même remarque peut être formulée quant au diagnostic d'état anxio-dépressif ; l'agoraphobie peut, en tout cas en partie, prendre son origine dans une autolimitation. »

En outre, la Dresse T. _____ a répondu comme suit aux questions posées dans la demande d'expertise :

« **A. QUESTIONS CLINIQUES**

1 à 5 cf. rapport d'expertise ci-dessus.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

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

Sur le plan physique

Aucune notion de limitation selon les documents présents dans le dossier.

Sur le plan psychique et mental

En raison de la composante anxieuse de la personnalité de l'assuré, l'exercice d'une activité en présence d'une clientèle nombreuse, comme peut l'être le métier de vendeur, peut engendrer une souffrance et risquer un abandon de poste.

Sur le plan social

Le repli social dont l'intéressé dit souffrir est plutôt une indication à la reprise d'une activité professionnelle.

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

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

Les troubles anxieux peuvent être exacerbés par la confrontation à une clientèle nombreuse durant l'exercice du métier de vendeur. Les autres limitations annoncées sont soit

traitables (et le traitement est exigible), soit elles ne s'appuient pas sur une problématique d'ordre médical.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

L'exercice d'une activité professionnelle est exigible, que ce soit dans un poste de vendeur sans exposition à une clientèle nombreuse, comme dans une autre activité qui ne confronterait pas l'assuré à un grand nombre de personnes qui pourraient le stresser.

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

Médicalement parlant, les anciennes activités exercées sont exigibles, hormis celles conduisant à la confrontation à une clientèle nombreuse. Au vu du status actuel, les séquelles psychiques d'un accident annoncé en 2007 durant un ancien emploi de chauffeur-livreur (l'assuré dit avoir décidé de mettre fin à son parcours professionnel lors de cet évènement) sont surmontables.

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

Non.

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

Selon le rapport employeur reçu, le dernier jour d'activité a été exercé le 17 septembre 2009. L'expertisé s'étant inscrit dès lors à l'assurance-chômage, il a été considéré comme apte au placement.

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

Malgré les mentions d'incapacité de travail durable inscrites dans les rapports des médecins et psychiatre traitants (respectivement 2011 et 2008), il n'y a pas de notion de certificat de mise en arrêt maladie au long cours. Dans un poste soumis aux limitations mentionnées ci-dessus, l'état de santé strictement psychiatrique de l'assuré ne justifie pas d'incapacité de travail au long cours, y compris dans certaines activités exercées précédemment. Il n'y a notamment pas de restriction psychiatrique à l'exercice du métier de chauffeur-livreur.

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

Sur le plan strictement psychiatrique oui.

C. INFLUENCES SUR LA RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

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

Oui. L'assuré a la possibilité de s'habituer à un rythme de travail ; il peut partiellement s'intégrer dans le tissu social (en évitant une clientèle nombreuse) et il détient des ressources mobilisables.

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

Non puisque médicalement parlant, il a déjà une exigibilité professionnelle totale.

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

Oui.

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

Sur le plan strictement psychiatrique, l'expertisé a les moyens d'exercer une activité à plein temps, dans un métier dans lequel il ne serait pas exposé à une clientèle nombreuse. Les autres phobies alléguées peuvent être traitées par une thérapie ciblée.

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

A plein temps, par exemple 8h par jour.

3.3. Y a-t-il une diminution du rendement ?

Non.

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

Vraisemblablement depuis toujours.

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

L'inactivité professionnelle actuelle de l'assuré ne prend pas intégralement son origine sur une atteinte médicale à la santé.

D. REMARQUES ET/OU AUTRES QUESTIONS :

- Bien qu'il soit difficile de différencier la composante strictement médicale de l'atteinte anxieuse et celle de l'amplification des symptômes, l'expertisé a clairement plus de compétences que ce qu'il allègue.

- Une prise en charge éventuelle en mesures d'ordre professionnel ne peut être menée à bien qu'avec une motivation et une participation active de l'assuré. »

Dans un rapport médical du 29 mai 2015, le Dr D._____, médecin praticien auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a considéré que l'expertise psychiatrique était tout à fait probante, avec une prise en charge des plaintes de l'assuré, une anamnèse complète et un status et une discussion tout à fait satisfaisante, et qu'elle avait été faite selon les règles de l'art. Le Dr D._____ ajoutait notamment que les troubles anxieux relevés pouvaient être exacerbés par la confrontation à une clientèle nombreuse, telle que celle dans le cadre de l'activité de vendeur, mais que l'activité de chauffeur-livreur, soit la dernière activité habituelle, était exigible, de même que toute activité adaptée et cela vraisemblablement depuis toujours. Il n'y avait de ce fait pas d'incapacité de travail au long cours et l'inactivité professionnelle actuelle ne relevait pas d'une origine médicale. Il en concluait que l'exigibilité professionnelle était totale chez cet assuré.

Dans un projet de décision du 2 juin 2015, l'OAI a fait part à l'assuré de son intention de rejeter sa demande de prestations AI. L'autorité indiquait qu'il ressortait de l'instruction médicale de son dossier que l'assuré ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). Selon l'autorité, l'assuré était à même d'exercer à plein temps ses activités habituelles de vendeur ainsi que de chauffeur-livreur pour autant qu'il ne soit pas en présence d'une clientèle nombreuse. Dès lors, il ne présentait aucun préjudice économique lui ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

Dans un courrier du 27 juin 2015 adressé à l'OAI, le Dr L._____ a indiqué qu'il soutenait « le recours formulé par le patient ». Il expliquait notamment que ce dernier présentait un trouble phobique grave et handicapant et qu'il avait d'ailleurs demandé de changer le lieu de l'expertise qui devait dans un premier temps se dérouler à [...]. Il ajoutait que pour se rendre à l'examen, au centre de [...], l'assuré avait été accompagné par un infirmier en psychiatrie. Ce médecin requérait dès lors que l'autorité revoie son projet de décision.

Interpelé par l'OAI, le Dr L. _____ a confirmé le 21 juillet 2015 que son courrier du 27 juin 2015 constituait une contestation du projet de décision du 2 juin 2015.

Par décision du 30 juillet 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI pour les motifs développés dans le projet de décision du 2 juin 2015. Dans la motivation du même jour envoyée par courrier à l'assuré, l'autorité a expliqué que pour rendre sa décision, elle s'était fondée sur l'expertise de la Dresse T. _____, laquelle se basait sur des examens complets, prenait en compte les plaintes exprimées et décrivait clairement le contexte médical. Ses conclusions étaient claires, exemptes de contradiction et dûment motivées, de telle sorte que cette expertise avait une pleine valeur probante. L'autorité considérait en outre que la lettre du Dr L. _____ du 27 juin 2015 ne contenait aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions de la Dresse T. _____ et que dites conclusions devaient donc être retenues.

C. Par acte du 14 septembre 2015, K. _____ a interjeté recours à l'encontre de la décision du 30 juillet 2015, concluant à l'annulation de celle-ci, à ce que ses droits à des prestations de l'assurance-invalidité soient constatés et que par conséquent une rente lui soit accordée. Subsidiairement, il concluait à la mise en œuvre d'une instruction complémentaire. À l'appui de cette écriture, le recourant invoque que son état de santé n'est pas apprécié correctement puisqu'il ne peut exercer une activité lucrative. Selon lui, la décision litigieuse est ainsi arbitraire ou à tout le moins, le dossier n'est pas suffisamment instruit quant à cette question. Il en irait de même s'agissant de l'activité considérée comme adaptée, pour autant qu'il en existe effectivement une. Le recourant ajoute qu'il n'est pas possible d'exercer le métier de vendeur lorsque comme c'est son cas, on souffre d'agoraphobie, puisque la vente est un métier de contact et qu'il faut avoir des relations, sans quoi aucune vente ne peut s'opérer. Il indique également ne pas être opposé au fait de suivre des formations ou tout autre cursus qui lui permettraient de se réorienter et ainsi d'exercer une activité correspondant à ses limitations, précisant

toutefois qu'au vu de celles-ci, il ne voit aucune activité adaptée possible. Il requiert en outre d'être dispensé d'une avance de frais.

Dans sa réponse du 20 octobre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. En substance, l'intimé considère que le travail fourni par l'expert psychiatre répond aux normes édictées par le Tribunal fédéral en matière de valeur probante des documents médicaux. Il précise que l'examen de l'assuré par la Dresse T. _____ a permis à cette dernière de constater que le cumul des discordances observées démontrait que l'intéressé avait plus de moyens que ce qu'il annonçait et que certaines de ses limitations étaient induites par des facteurs extra-médicaux. L'OAI rappelle que selon la Dresse T. _____, bien que la personnalité anxieuse de l'assuré puisse rendre difficile l'exercice d'une activité comme vendeur en raison du risque d'exposition à une clientèle pouvant être nombreuse, son atteinte la santé ne justifie pas une incapacité de travail dans des activités dans lesquelles il est moins exposé et que le recourant dispose des moyens psychiatriques de se consacrer à l'exercice d'une activité professionnelle remplissant la caractéristique dont il s'agit. L'intimé ajoute que, renseignements pris auprès des intervenants médicaux de la cause, soit le Dr L. _____ et la Dresse Q. _____, l'assuré montre une certaine résistance au traitement thérapeutique : il n'entreprend de ce fait pas toutes les démarches nécessaires pour atténuer son anxiété et sa phobie sociale. Aucune atteinte médicale n'empêcherait le recourant de s'adonner à l'exercice d'une profession. L'OAI expose aussi qu'il ne possède aucune pièce médicale suffisamment pertinente pour l'amener à modifier les constatations de la Dresse T. _____, laquelle s'est au demeurant prononcée sur les avis exprimés par les autres médecins. S'agissant des mesures d'ordre professionnel, l'intimé considère que celles-ci ne sont aucunement justifiées dans la mesure où le recourant est à même de se consacrer à son dernier emploi ou tout autre profession qui n'impliquerait pas une clientèle trop importante, soit des activités qui sont suffisamment représentées dans l'éventail des métiers existants sur le marché du travail.

Dans sa réplique du 4 janvier 2016, l'assuré a conclu principalement à l'annulation de la décision litigieuse, en ce sens qu'il a droit à une rente entière d'invalidité, compte tenu d'un taux d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} juillet 2014. Subsidiairement, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique aux fins d'investiguer l'ensemble des atteintes de la sphère psychiatrique qu'il présente ainsi que leurs répercussions sur sa capacité de travail. En substance, le recourant reproche à l'expert d'avoir relativisé dans une mesure importante la gravité du diagnostic qu'il présente en faisant en sorte de remettre en cause la sincérité de ses déclarations et en les faisant passer pour des motifs alibis, dans un seul dessin à caractère économique. Selon lui, l'expert a suggéré qu'il présentait une vie sociale presque ordinaire, alors qu'en réalité celle-ci est des plus pauvres et des plus limitées. L'assuré ajoute que l'expert a totalement sous-estimé l'importance des troubles neurovégétatifs en considérant que ceux-ci étaient des plus limitées. Le recourant relève également que le traitement dispensé par l'infirmier à domicile ne revêt aucun caractère d'alibi et que selon le Dr L._____, les facteurs d'autolimitation sont volontaires et destinés à assurer la protection de la sphère psychique de l'assuré. De tels facteurs d'autolimitation ne sauraient donc aucunement être compris dans le sens de la recherche, même inconsciente, de bénéfices secondaires, ce qui constitue des facteurs ayant une claire influence sur sa capacité de travail. Le recourant reproche en outre à l'expert d'avoir tenu des propos inadmissibles, jetant le discrédit au sujet de son indépendance, respectivement de son impartialité à l'égard de l'OAI. Dans ces circonstances, le recourant estime qu'on ne peut accorder la moindre valeur probante au rapport d'expertise de la Dresse T._____ et qu'il faut s'en tenir aux différents rapports médicaux attestant d'une incapacité totale de travail. L'assuré considère dès lors avoir droit à une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} juillet 2014, sur la base des différents rapports médicaux des Drs Q._____ et L._____. Le recourant produit également un courrier de son conseil, Me Métille, du 6 novembre 2015 adressé au Dr L._____ et contenant les questions suivantes :

«1° De manière générale, êtes-vous en mesure de vous rallier aux diagnostics retenus par le Dr T._____, à savoir celui avec influence

sur la capacité de travail de personnalité anxieuse, avec manifestations de phobie sociale et d'agoraphobie F60.6, F40.0 et F40.1, et ceux sans influence sur la capacité de travail de personnalité avec traits immatures F60.8 et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0 ?

2° Pour le cas où vous ne deviez pas vous rallier aux diagnostics avec et sans influence sur la capacité de travail du patient, quel/s serai/ent le/s diagnostic/s avec influence/sans influence sur sa capacité de travail ?
Pour quels motifs ?

3° Est-ce que le fait que le patient soit en mesure de maintenir des relations sociales avec sa fille et sa mère, des relations via Facebook et de mener des achats seuls, pourrait constituer des facteurs tendant à exclure toute incapacité de travail ?

4° Etes-vous en mesure d'exclure, à l'instar du Dr T._____, tout trouble ou phénomène neuro-végétatif dans le cas du patient ? Dans l'affirmative, s'agirait-il d'un indice suffisant en vue d'attester une capacité de travail complète dans une activité adaptée ?

5° De même, est-ce que le fait que le patient ne soit pas en mesure de se souvenir si entre son domicile et celui de son arrière-grand-mère, il y aurait 3 ou 4 tunnels, pourrait signifier que le patient ne présenterait pas une phobie suffisamment importante, dès lors qu'un sujet particulièrement phobique connaîtrait parfaitement les objets anxigènes, à l'instar du raisonnement retenu par le Dr T._____ ?

6° Partagez-vous l'appréciation du Dr T._____ quant à la mise en place d'une TCC (thérapie cognitivo-comportementaliste) en vue de permettre au patient de surmonter ses troubles phobiques ?

7° Etes-vous également en mesure de vous rallier à l'appréciation du Dr T._____ au sujet de l'existence de facteurs d'auto-limitation ?

8° De manière générale, quels seraient les facteurs permettant d'attribuer aux troubles phobiques un degré suffisamment grave au point d'exclure toute capacité de travail dans une activité adaptée ?

Est-ce que le patient présente en l'occurrence de tels facteurs excluant toute capacité de travail ?

9° Est-ce que sur un plan strictement médical, le patient serait en mesure de faire face aux exigences du marché du travail, en particulier s'agissant de la gestion de ses troubles phobiques, dans le cadre d'une activité adaptée ?

Quelles seraient les conditions pour permettre au patient de faire face aux exigences du marché du travail ? Est-ce que le patient disposerait des ressources personnelles en vue de remplir de telles conditions ?

10° Toute(s) autre(s) remarque(s) utile(s) ? »

Dans un rapport médical du 16 novembre 2015, le Dr L._____ a répondu comme suit aux questions du conseil du recourant :

« En réponse à votre courrier du 6 novembre dernier, je peux répondre à vos questions.

Le diagnostic retenu est celui d'une phobie sociale grave & handicapant (F40.1) contrariant clairement le patient dans les gestes de la vie quotidienne et rendant impossible la plupart des activités professionnelles.

Les diagnostics de personnalité sont étonnants. Comment peut-on mettre en évidence, à la fois, une personnalité anxieuse, et plus loin, une personnalité avec des traits immatures.

Le patient entretient un réseau social des plus pauvres. La mère apporte manifestement un soutien rassurant auprès de son fils, notamment lors de certains déplacements. Lorsque Monsieur K._____ reçoit sa fille, les activités sont là aussi pauvres, et la plupart du temps, père & fille évitent les endroits fréquentés. Les achats sont faits aux heures creuses et dans de petits magasins. Là encore, je ne sais pas comment on peut prétendre que ces quelques activités peuvent exclure toute incapacité de travail. C'est justement en raison des troubles phobiques que Monsieur K._____ a restreint ces relations au strict clan familial & qu'il utilise de temps à autre les réseaux sociaux (afin d'éviter de devoir sortir pour rencontrer ces mêmes personnes).

Monsieur K._____ présente manifestement des troubles neuro-végétatifs qui sont décrits à la page 3 de l'expertise (paragraphe : sur le plan psychiatrique). Ces troubles sont handicapants.

La question 5 me paraît simplement ridicule.

Oui, par ailleurs, le soutien apporté par l'infirmier à domicile, est, contrairement à ce qui est écrit dans le rapport d'expertise, une thérapie par immersion. Par ailleurs, je ne pratique pas de thérapie corporelle (par respiration p.ex.) mais bien un travail sur les aprioris et les peurs, ce qui est du ressort de la thérapie comportementale.

Les facteurs d'autolimitation sont secondaires. Ils ont été mis en place par le patient afin de moins souffrir. Il s'agit clairement d'une protection. C'est dans ces circonstances que nous avons fait appel à l'infirmier à domicile pour justement confronter le patient à ces peurs irraisonnées et d'essayer de les surmonter.

Monsieur K._____ ne peut pas se déplacer librement, ne peut pas entretenir de rapports interpersonnels, & il souffre visiblement de troubles neuro-végétatifs en situation sociale. Il y a clairement des évitements (ou autolimitations) dans le sens d'une agoraphobie, qui n'est pas volontaire ou désirée mais subie et handicapante.

Ces facteurs excluent à mon avis une possible capacité résiduelle de travail sur le marché libre. En revanche, une activité adaptée & en

milieu protégé pourrait être bénéfique dans la maîtrise [sic] des symptômes anxieux que le patient présente.

Actuellement Monsieur K. _____ n'es [sic] pas en mesure de travailler dans l'économie libre.

[...] »

Dans sa duplique du 26 janvier 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions. Pour l'essentiel, ce dernier se réfère à sa précédente écriture. Il conteste en outre que l'expert ait outrepassé son champ de compétence en relevant que toutes les démarches envisageables dans le cas d'espèce pour réduire les dommages n'ont pas été entreprises. Selon l'OAI, la Dresse T. _____ constate simplement que les problématiques handicapantes que fait valoir l'assuré pourraient être résolues moyennant un plein engagement de sa part dans une thérapie visant à atténuer son anxiété et sa phobie sociale. En tant que praticienne, elle apporte-là une solution médicale aux maux dont se plaint la partie recourante. L'OAI a également produit un avis médical du 12 janvier 2016 des Dr D. _____ et P. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du SMR, dans lequel ces derniers indiquent que le Dr L. _____ décrit à nouveau les limitations de son patient en rapport avec son diagnostic de phobie sociale grave, et que lors de son premier rapport du 28 mars 2014, il formulait les mêmes constatations et attestait d'une capacité de travail nulle. Ils ajoutent que ce rapport médical a été pris en compte par la Dresse T. _____ dans le cadre de son expertise et qu'elle s'est aussi entretenue par téléphone avec le Dr L. _____. Les médecins du SMR considèrent ainsi que le rapport du Dr L. _____ produit à l'appui de la réplique n'apporte rien de nouveau. Ils sont d'avis que l'on se trouve dans une situation d'appréciation différente d'une même situation.

D. Le 13 juillet 2016, la juge instructrice a informé les parties de la décision de la Cour d'ordonner une expertise psychiatrique. Celle-ci a été confiée au Dr O. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 16 juin 2017, le Dr O. _____ a posé les diagnostics de trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité anxieuse, dépendante et paranoïaque, de trouble de l'humeur persistant et de majoration des symptômes psychiques pour des raisons

psychologiques. Pour ce médecin, le trouble mixte de la personnalité justifie une incapacité de travail de 50%. Sous la partie intitulée « Diagnostic et diagnostic différentiel selon la CIM-10 », le Dr O. _____ écrivait ceci :

« Le cas de M. K. _____ paraît simple au premier abord et le diagnostic des troubles psychiques ne devrait pas poser de problème. On nous offre sur un plateau d'argent un diagnostic d'agoraphobie qu'il suffirait de confirmer et la seule question litigieuse serait alors de déterminer les limitations fonctionnelles dues à cette atteinte à la santé. Or la situation est beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît ainsi au premier abord. En effet, le diagnostic d'agoraphobie n'est pas le seul diagnostic qui a été posé. Plusieurs autres diagnostics ont été posés par les différents médecins qui ont examiné M. K. _____. Aucun diagnostic posé n'a été motivé en bonne et due forme. Aucun élément "objectif" n'a été présenté pour motiver les différents diagnostics posés.

Le diagnostic d'agoraphobie est problématique. En effet, M. K. _____ travaille jusqu'en septembre 2009 sans présenter d'incapacité de travail notable. A ses dires il décide d'arrêter de travailler parce que les conditions de travail ne lui convenaient pas et qu'il désirait en fait effectuer un changement de profession en devenant commercial. Au même moment, à ses dires, il a arrêté de fumer et depuis lors il aurait pris du poids, perdu tous ses amis, et aurait présenté des crises d'angoisse puis se serait senti mal chaque fois qu'il sortait. Il serait ainsi devenu malade. Quant à l'agoraphobie à proprement parler elle serait apparue sans raison un soir de décembre alors que M. K. _____ retrouvait des amis pour un repas dans un restaurant à fin 2011, soit environ deux ans plus tard. Il a dû sortir et n'a pas pu manger avec ses amis.

Or aussi bien l'attaque de panique ou l'anxiété que l'agoraphobie sont des troubles névrotiques, selon une ancienne classification. Ces troubles sont toujours en lien avec un événement "traumatique" qui "déclenche" d'une certaine manière le trouble. Or dans le cas présent, il n'y a aucun événement traumatique susceptible de provoquer l'angoisse.

D'autre part l'agoraphobie que décrit M. K. _____ ne correspond pas à la description du trouble qui n'est pas limité à une peur des espaces découverts mais inclut d'autres manifestations anxieuses comme la peur des foules et la peur de ne pas pouvoir se réfugier facilement dans un lieu sûr. Le terme désigne de ce fait un ensemble de phobies apparentées, en particulier la crainte de quitter son domicile, la peur des magasins, des foules et des endroits publics et la peur de voyager seul en train, en autobus ou en avion. Mais les différents rapports font état de la difficulté de M. K. _____ à accepter le traitement et en particulier que quelqu'un pénètre chez lui au début de la mise en place de mesures thérapeutiques. Or à domicile M. K. _____ devrait se sentir en sécurité. Il est frappant de constater ce sentiment d'intrusion.

Avant novembre 2011 aucun traitement n'aurait été mis en place. Si l'on reprend la chronologie, certes un peu floue, les troubles

"névrotiques" apparaissent en 2009 à l'arrêt de l'activité professionnelle et de la consommation de tabac qui seraient concomitantes aux dires de M. K. _____ puis une année plus tard apparaît l'agoraphobie. Une année plus tard M. K. _____ consulte la Dre Q. _____ qui pose, dans son rapport du 24 mars 2014, un diagnostic d'état anxio-dépressif chronique, en plus des diagnostics d'anxiété généralisée avec agoraphobie et de trouble panique. Ce diagnostic d'état anxio-dépressif chronique laisse entendre que M. K. _____ présente de longue date des troubles psychiques manifestes.

Or M. K. _____ a présenté des troubles psychiques manifestes à l'âge de vingt ans lors de son école de recrue. Il a présenté alors une décompensation sur un mode dépressif. A ce moment-là autant les psychiatres traitant que le Dr [...] ont posé un diagnostic de trouble de la personnalité.

Il est frappant de constater la discordance entre le compte-rendu de cette période faite par M. K. _____ et celui des médecins. M. K. _____ dit mot pour mot : "L'armée voulait m'emmerder. J'ai pu être suivi à [...]. Ils m'ont reconnu inapte au service. J'ai gagné contre l'armée." Or les médecins décrivent une décompensation sur un mode dépressif, des difficultés relationnelles avec retrait social. Le Dr [...] décrit en plus un désinvestissement des activités cognitives et intellectuelles depuis l'enfance. Cette discorde a des résonances avec la situation actuelle. M. K. _____ a beaucoup de peine à identifier ses difficultés et à les reconnaître. Dans le cadre des événements de l'école de recrue il n'évoque à aucun moment ses difficultés d'intégration et d'adaptation mais exclusivement ses difficultés avec ses supérieurs et sa difficulté à effectuer les marches en raison des cloques aux pieds. Il n'évoque pas non plus avoir été très mal, sa décompensation sur un mode dépressif, sa perte de poids. Il manifeste ainsi une anosognosie et une alexithymie. Le conflit est projeté sur les autres qui sont vécus comme persécuteur ou comme non-soutenant sans qu'il soit possible à M. K. _____ de reconnaître ses propres difficultés. M. K. _____ se montre incapable de prendre du recul et de comprendre ses propres difficultés d'intégration.

Le parcours professionnel de M. K. _____ paraît particulier. Le compte-rendu qu'il en fait pourrait laisser croire qu'il est un homme présomptueux qui n'a jamais été satisfait de l'absence d'avancement et qui a toujours démissionné pour tenter d'obtenir un poste de travail à la hauteur de ses ambitions. J'estime qu'une telle appréciation est erronée. En effet, M. K. _____ est resté pendant près de dix ans chez le même employeur entre 1994 et 2004. Il est vraisemblable que pendant ces dix années, il n'a pas obtenu très régulièrement d'avancement puisque le salaire ne montre pas d'augmentation importante selon l'extrait de compte individuel. Il est vraisemblable que M. K. _____ avait toujours besoin de reconnaissance et de stabilité et qu'il s'est senti assez bien chez cet employeur. Le licenciement brutal a marqué un désenchantement massif. M. K. _____ a alors décidé de tout rejeter : aussi bien son employeur (certes il n'avait pas le choix) mais également son métier de vendeur d'articles de sports qu'il avait pourtant lui-même choisi et qu'il appréciait. Il fait ainsi des choix "radicaux" en tout ou rien

comme s'il n'était pas capable de relativiser. Il est vraisemblable qu'il espérait ainsi échapper à de nouvelles déceptions.

Il a fait alors une reconversion professionnelle et a travaillé comme chauffeur livreur mais très rapidement, après deux ans il a quitté son employeur. Il évoque à nouveau des problèmes de stock pour justifier sa décision. Mais il est vraisemblable qu'il n'a pas reçu les marques de reconnaissance qu'il attendait et dont il avait besoin.

A la suite de cet emploi, il a été pendant une année et demi au chômage. Il n'évoque pas non plus à ce moment-là de difficultés personnelles.

Puis il a travaillé pour un autre employeur et il mentionne "j'ai fait engager un ami. On a pu travailler ensemble pendant une année." Cette remarque est significative car elle montre bien le besoin de M. K. _____ d'avoir un soutien et un entourage affectif. Puis il a arrêté parce qu'il ne voulait plus faire la route. Mais il voulait devenir commercial. Ces deux arguments sont contradictoires car je ne vois pas comment on peut être commercial et ne pas faire de route. Et M. K. _____ a repris après une activité de chauffeur livreur et de commercial mais a arrêté pour des raisons de santé après trois mois. Depuis lors il n'a plus jamais repris d'activité professionnelle.

Je pose donc en raison des événements survenus au cours de l'école de recrue et du parcours professionnel de M. K. _____ un diagnostic de trouble de la personnalité. Ce trouble de la personnalité se caractérise par une incapacité à reconnaître et à identifier ses difficultés, un malaise ou mal être persistant, un retrait social avec des difficultés relationnelles et interpersonnelles, un besoin constant de reconnaissance et de réassurance, une tendance à la projection des difficultés sur les autres vécus comme persécuteurs, une difficulté importante à faire confiance aux autres et une tendance à se sentir persécuté. Je pose alors un diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec trait de personnalité anxieuse (évitante), dépendante et paranoïaque.

Je pose d'autre part un diagnostic de trouble de l'humeur persistant en raison d'une humeur constamment morose avec des périodes de décompensation sur un mode franchement dépressif. Je ne pose pas de diagnostic de trouble dépressif (épisode dépressif ou trouble dépressif récurrent) en raison du fait que les médecins traitants et le Dr [...] n'ont pas posé ce diagnostic lors des événements de l'école de recrue. Le Dr L. _____ n'a pas non plus posé ce diagnostic. Néanmoins lors des événements de l'école de recrue M. K. _____ a présenté une perte de poids, des troubles du sommeil, un mal être important au point que son cousin londonien lui a recommandé de consulter un psychiatre. Lors de la cessation de son activité professionnelle en 2009, M. K. _____ a pris du poids et s'est progressivement senti mal, voire très mal. Et comme lors de l'école de recrue il n'a pas alors consulté spontanément de psychiatre. On pourrait donc estimer qu'un diagnostic de trouble dépressif récurrent pourrait se justifier mais j'estime que les renseignements à disposition sont insuffisants pour poser un tel diagnostic.

J'exclus le diagnostic de trouble bipolaire. M. K. _____ n'a jamais présenté, à ma connaissance, d'épisode maniaque à proprement

parler ni d'épisode hypomane. Il n'a jamais été particulièrement actif. Il n'a jamais présenté d'épisode dépressif sévère et n'a jamais été hospitalisé en milieu psychiatrique.

Les plaintes de M. K. _____ concernant la saison, le brouillard ou la neige pourrait évoquer également un diagnostic de dépression saisonnière. Je considère qu'il s'agit d'une expression du trouble de la personnalité et non d'une pathologie spécifique.

Je ne pose pas de diagnostic d'agoraphobie ni de phobie sociale car j'estime que ces manifestations de retrait social et d'"agoraphobie" sont l'expression du trouble de la personnalité dont souffre M. K. _____. D'autre part nous manquons d'éléments "objectifs" à même de confirmer ce diagnostic. Je n'ai pas constaté de troubles neurovégétatifs lors de mes examens et je ne peux que me reporter aux descriptions qu'en fait M. K. _____. Lors de l'examen neuropsychologique Mme Z. _____ n'a pas non plus constaté de signes neurovégétatifs alors que son cabinet est au centre de [...]. Je n'ai aucun élément au dossier que l'on puisse interpréter comme un signe objectif si ce n'est des descriptions données par M. K. _____ lui-même. Le nombre de tunnels traversés pour se rendre chez sa grand-mère n'est pas non plus un critère déterminant bien que l'argument de la Dre T. _____ soit pertinent.

Je pose un diagnostic de majoration de symptômes psychiques pour des raisons psychologiques car il apparaît à tous les experts que M. K. _____ dispose de plus ressources qu'il ne veut bien le reconnaître. Il est capable de gérer ses affaires, de faire son ménage, de se déplacer lorsqu'on l'exige pour des examens. Le diagnostic de majoration de symptômes est dans la CIM-10 limité à une majoration de symptômes physiques. J'estime qu'il est indiqué de l'étendre aux symptômes psychologiques.

J'exclus les diagnostics de trouble obsessionnel compulsif en l'absence de pensées obsédantes et de comportements compulsifs récurrents.

J'exclus les diagnostics de trouble dissociatif ou de conversion car M. K. _____ ne présente pas de théâtralité dans l'expression de ses plaintes ni la "belle indifférence".

J'exclus les diagnostics de trouble somatoforme dans leur ensemble. M. K. _____ ne présente pas au premier plan des douleurs sans substrat organique. Il n'est pas particulièrement inquiet de son état de santé somatique et ne craint pas une maladie particulière qui n'aurait pas été diagnostiquée correctement par les médecins.

J'exclus les diagnostics de maladie de la dépendance. M. K. _____ ne fume plus de tabac depuis 200 [sic]. Il dit ne consommer qu'occasionnellement de l'alcool. Il dit ne pas consommer de cannabis ni d'autres produits toxiques ou illicites. Aucun élément au dossier ne permettrait de mettre en doute sa bonne foi.

J'exclus les diagnostics de trouble psychotique tel que schizophrénie, trouble schizotypique, trouble délirant ou trouble schizo-affectif. M. K. _____ ne présente aucun signe d'une symptomatologie psychotique positive tel qu'hallucinations ou idées délirantes ni

négative tel qu'apragmatisme ou perplexité. J'estime que le vécu de victime tel qu'il l'évoque depuis son enfance avec son père qui le rejette, puis les événements de l'école de recrue puis les difficultés professionnelles et enfin personnelles ne sont pas de l'ordre du délire à proprement parler.

J'exclus enfin les diagnostics de trouble cérébral dégénératif du type maladie d'Alzheimer. M. K. _____ ne présente aucune plainte de trouble de la mémoire et l'examen actuel ne permet pas de suspecter des troubles cognitifs. L'examen neuropsychologique confirme l'absence de troubles cognitifs. »

Sous la partie « Appréciation et pronostic », le Dr O. _____ mentionnait ce qui suit :

« M. K. _____ présente depuis son enfance des difficultés d'intégration bien que lui-même dénie de telles difficultés. Le rapport du Dr E. _____ du 1^{er} décembre 1992 écrit "les choses se sont gâtées quand il est allé à l'école, étant donné que ses performances étaient plutôt médiocres, en raison surtout d'un manque d'intérêt. Ces faits ont provoqué d'abord des conflits avec les parents, surtout le père qui s'est montré très critique et autoritaire distribuant facilement des punitions corporelles. Cette attitude a cédé la place à un désinvestissement prononcé aux études de l'expertisé." M. K. _____ affirme avoir eu alors passablement d'amis. Mais comme je l'ai mentionné plus haut, dès la fin de sa scolarité obligatoire, M. K. _____ s'est retrouvé sans ami et préférant un isolement social.

Les informations que nous donne M. K. _____ sont sujettes à caution. En effet comme je l'ai souligné plus haut, il a beaucoup de peine à reconnaître les difficultés qu'il a rencontrées et à ne pas nier ces difficultés. Il veut toujours donner l'impression qu'il a surmonté toutes les difficultés et qu'il n'a jamais été touché affectivement par ses échecs.

Certes il a été capable de nouer plusieurs relations sentimentales. Il a pu se marier. De même il a été à même de terminer une formation professionnelle et d'exercer sa profession apprise pendant plusieurs années. Mais lorsqu'il a été licencié, il a choisi de ne plus exercer sa profession et de devenir chauffeur livreur. Mais depuis lors, il a connu des difficultés d'adaptation. Néanmoins à aucun moment il ne mentionne avoir été affecté par ces échecs.

Or il est vraisemblable que depuis son licenciement en 2004, il n'a plus retrouvé l'équilibre qu'il avait durant les dix années précédentes. Il a alors changé plusieurs fois d'emploi. Il a connu des périodes de chômage assez longues.

Incapable de reconnaître ses difficultés qu'il projette toujours sur les autres, il n'a pas été à même de demander de l'aide au moment opportun. A partir de 2009 il s'est progressivement isolé, et a présenté des troubles psychiques de plus en plus importants. Il avait épuisé alors ses capacités d'adaptation et de résilience.

Le pronostic n'est guère favorable aujourd'hui. M. K. _____ est relativement jeune puisqu'il a quarante-quatre ans actuellement. Il donne toujours l'impression que les troubles psychiques dont il souffre sont mineurs. En fait ces troubles sont nettement plus importants que ce qu'il veut montrer. Il est à craindre que M. K. _____ ne parvienne pas à les surmonter même avec un traitement adéquat.

S'agissant de la capacité de travail du recourant, le Dr O. _____ écrivait ceci :

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

Les troubles psychiques que présente M. K. _____ sont frustes et leur manifestation symptomatologique n'est pas patente. L'objectivation des troubles psychiques est particulièrement difficile dans le cas présent car M. K. _____ a parfaitement appris à ne pas présenter de troubles, à ne pas se faire remarquer comme il l'a fait dès les années d'école avec son père.

M. K. _____ s'estime incapable de travailler en raison de ses difficultés avec les autres. Il met cela sur le compte d'une agoraphobie. Or M. K. _____ a besoin d'un cadre rassurant aussi bien affectivement que professionnellement. Mais il a beaucoup de peine à faire confiance à autrui et se méfie de tout et de chacun. Il ne supporte pas les conflits, qui sont pourtant inhérents à toute activité professionnelle.

Si l'on se reporte au Mini-ICF la planification et la structuration des tâches sont légèrement diminuées, la flexibilité et la capacité d'adaptation au changement sont moyennement diminuées, l'utilisation des compétences professionnelles est légèrement diminuée, la capacité de décision et de jugement est moyennement diminuée, l'assertivité (capacité à s'imposer) est diminuée de manière importante de même que la capacité de relation avec des tiers ou en groupe. La capacité de maintenir des relations familiales et intimes sont également moyennement diminuées. La capacité d'initier des activités spontanées est diminuée de manière importante et la capacité de se déplacer est également diminuée.

Certes il faut relativiser tout test mais ce test nous montre que M. K. _____ présente des limitations dans nombre de domaines et en particulier dans les domaines des relations sociales.

La capacité de travail est donc limitée.

J'estime qu'en l'état actuel, M. K. _____ n'est pas à même d'exercer une activité professionnelle dans le premier marché économique en raison des troubles psychiques qu'il présente. En effet, M. K. _____ présente une angoisse massive vraisemblablement pas tant des autres que de ses propres échecs et de ses incompétences. Il n'a plus confiance dans les autres mais il n'a plus confiance en lui.

Du point de vue psychiatrique, il serait souhaitable qu'il puisse reprendre progressivement confiance en lui au travers d'une activité

socialisée. Les mesures de réadaptation devraient donc viser dans un premier temps la reprise progressive d'activités socialisées en lien étroit avec le médecin traitant et avec son soutien inconditionnel. Ces mesures devraient déboucher à terme sur une reprise d'une activité professionnelle adaptée.

M. K. _____ a connu une période de décompensation importante depuis la fin de l'année 2011. J'estime qu'il présentait alors une incapacité de travail totale. Depuis la fin de l'année 2014, environ six mois après le début du traitement auprès du Dr L. _____, l'état de santé de M. K. _____ s'est amélioré et j'estime qu'il dispose d'une capacité de travail de 50%. Cette capacité de travail est susceptible d'être progressivement améliorée si des mesures de réadaptation sont mises en place, vraisemblablement dans un délai d'une année. »

Un rapport d'examen neuropsychologique du 1^{er} juin 2017 rédigé par la psychologue Z. _____ était également produit, dont il ressort notamment que les capacités cognitives et intellectuelles du recourant sont globalement préservées, l'ensemble de l'examen se situant dans la norme ou à sa limite inférieure. Selon ce rapport, du point de vue strictement neuropsychologique, la capacité de travail est entière.

Le 11 juillet 2017, l'OAI a déclaré regretter que le Dr O. _____ n'ait pas explicité les raisons pour lesquelles il n'aboutit pas aux mêmes résultats que la Dresse T. _____ a obtenus dans son rapport d'expertise. Pour l'intimé, les limitations fonctionnelles du recourant n'ont pas non plus été mentionnées avec clarté. L'OAI est d'avis que ces points mériteraient d'être précisés.

Le 4 septembre 2017, le recourant s'est déterminé sur le rapport d'expertise. Se fondant sur un avis du 11 juillet 2017 du Dr L. _____, aux termes duquel ce dernier a notamment considéré que son patient présentait encore une incapacité totale de travailler, le recourant soutient que l'expert ne fournit pas d'indication concrète quant à la nature et à l'étendue de l'amélioration de l'état de santé depuis le début du traitement. Il requiert qu'une série de questions complémentaires soit soumise à l'expert.

Dans son complément d'expertise du 4 décembre 2017, le Dr O. _____ a notamment expliqué pour quelles raisons il ne parvient pas

aux mêmes conclusions que la Dresse T._____. A ce propos, il écrit notamment ceci :

Je ne parviens pas aux mêmes conclusions que la Dre T._____ car j'estime que le rapport d'expertise du Dr E._____ du 1^{er} décembre 1992 met en évidence la présence de troubles psychiques bien antérieurs à ce que mentionnait le rapport d'expertise du 7 mai 2015 de ma consœur. Les troubles psychiques que présente M. K._____ sont présents depuis l'enfance et ont eu un retentissement tout au long de sa vie. Les incohérences relevées aussi bien dans le rapport de la Dre T._____ du 15 mai 2015 que dans mon rapport du 16 juin 2017 ne sont pas interprétées de la même manière. En effet ma consœur considère que ces incohérences manifestent exclusivement une amplification de symptômes alors que je considère que ces incohérences sont la manifestation, en partie au moins, de la pathologie psychiatrique que présente M. K._____. J'estime en effet que M. K._____ présente un trouble de la personnalité qui s'exprime, entre autre, au travers d'une difficulté majeure à reconnaître ses propres difficultés et d'une tendance à les imputer toujours à des facteurs extrinsèques sur un mode paranoïaque.

En conséquence, j'estime que M. K._____ présente une incapacité de travail en raison de son atteinte à la santé psychique. Les limitations fonctionnelles sont décrites succinctement dans mon rapport d'expertise du 16 juin 2017 en page 21. J'ai eu recours au Mini-ICF et j'ai mentionné les limitations décrites dans cet instrument. M. K._____ est désocialisé depuis plusieurs années. Il s'est établi dans un cocon protecteur que les différents intervenants décrivent comme une routine qui lui convient. M. K._____ a peur des conflits et craint de ne pas être à la hauteur des exigences de son poste de travail. Il se replie et ne fait pas les efforts que l'on pourrait attendre de lui. Certes l'examen neuropsychologique atteste que les fonctions cognitives et intellectuelles sont préservées et qu'il y a une amplification des symptômes. Mais il y a également une crainte de toute confrontation à la réalité du monde du travail qui tient aux troubles psychiques que présente M. K._____. Enfin, M. K._____ a présenté très vraisemblablement une décompensation sur un mode "agoraphobique" après sa période de chômage en 2011. L'agoraphobie que présente M. K._____ est plus proche d'une décompensation sur un mode paranoïaque que d'une réelle agoraphobie. Lorsque M. K._____ dit qu'il avait de la peine à accepter que M. [...], infirmier, pénètre chez lui est un symptôme de cette décompensation sur un mode paranoïaque.

Le traitement auprès du Dr L._____ n'a pas permis un amendement de la symptomatologie ni un recouvrement notable de la capacité de travail. Néanmoins M. K._____ reconnaît qu'il va mieux actuellement qu'il n'allait au début du traitement. Il est difficile a posteriori de déterminer une date précise de l'amélioration de l'état de santé. J'ai considéré que le fait que M. K._____ pouvait assister aux représentations auxquelles sa fille participe comme un signe important de l'amélioration de l'état de santé et d'une capacité à surmonter ses troubles. »

Le Dr O. _____ répondait en outre comme suit aux questions complémentaires du recourant :

« 4.1.1 Quelle a été l'évolution des troubles psychiques présentés par le recourant entre le début du traitement psychiatrique le 4 octobre 2012 jusqu'à ce jour ?

Réponse : Je considère comme je l'ai mentionné ci-dessus que M. K. _____ a présenté depuis le milieu ou la fin de l'année 2011 une décompensation sur un mode paranoïaque avec une crainte de toute intrusion. Le traitement qui a pu être instauré par le Dr L. _____ a permis une lente amélioration des troubles psychiques. Ainsi M. K. _____ a pu reprendre progressivement des activités "sociales" limitées. Il a pu assister aux spectacles que donnait sa fille. Il a pu également se rendre aux rendez-vous d'expertise aussi bien auprès de la Dre T. _____ que de moi-même, par exemple.

4.1.2. En quoi a consisté l'amélioration retenue par l'expert au milieu de la page 22 de son rapport d'expertise du 16 juin 2017 ?

Réponse : Comme je l'ai mentionné plus haut, j'ai considéré que le fait que M. K. _____ puisse assister aux spectacles que donnait sa fille comme un signe important de l'amélioration de son état de santé.

4.1.3. Est-ce que le descriptif d'activité professionnelle adaptée retenu par l'expert, à savoir qu'"il faut une profession qui ne demande pas des connaissances importantes et des efforts intellectuels et qui offre une stabilité en terme de cadre et de relations sociales" doit être compris comme étant exercée dans le cadre d'un atelier protégé au vu des contraintes pratiques retenues ?

Réponse : Non. Ce n'est pas mon idée. J'estime que M. K. _____ devrait pouvoir recouvrer une activité professionnelle dans l'économie du premier marché.

4.1.4. A combien l'expert évalue-t-il les risque d'échec des mesures de réadaptation professionnelle ?

Réponse : Il est difficile de procéder à une telle évaluation, sachant que M. K. _____ présente également une majoration de symptômes. La majoration de symptômes est un des signes d'une motivation fluctuante voire faible. Si M. K. _____ se montre motivé et qu'il est soutenu par son médecin traitant dans le processus de réinsertion professionnelle, les risques d'échecs devraient être évalués de modérés, mais ils ne sont pas nuls. Il faut enfin souligner que seule la reconnaissance d'une capacité de travail peut permettre la mise en œuvre de mesures de réadaptation.

4.1.5. Toute(s) autres) remarque(s) utile(s).

Réponse : Je n'ai aucune autre remarque particulière à formuler.

4.2. Questions de la défenderesse

4.2.1. Raisons pour lesquelles mon rapport d'expertise du 16 juin 2017 n'aboutit pas aux mêmes conclusions que le rapport d'expert T. _____ du 15 mai 2015.

Réponse : Comme je l'ai longuement expliqué plus haut, les problèmes rencontrés par M. K. _____ lors de son école de recrue ainsi que le rapport d'expertise du Dr E. _____ du 1^{er} décembre 1992 éclairent d'un jour différent la pathologie psychiatrique de l'intéressé.

4.2.2. Quelles sont précisément les limitations fonctionnelles de M. K. _____ ?

Réponse : Comme je l'ai mentionné plus haut, les limitations fonctionnelles tiennent principalement, comme c'est presque toujours le cas dans les troubles de la personnalité, aux relations interpersonnelles. M. K. _____ vit sur un mode paranoïaque les relations interpersonnelles et a beaucoup de peine à faire confiance. Il se réfugie, pour se protéger, dans un cocon de routines qui lui conviennent. J'ai fait par ailleurs usage du Mini-ICF. »

Le 11 janvier 2018, l'OAI a considéré qu'en présence d'avis d'experts contradictoires, il n'était pas en mesure de se déterminer.

Le 8 février 2018, le recourant, se fondant sur une attestation médicale du 25 janvier 2018 du Dr L. _____, a contesté l'amélioration de son état de santé en raison du fait qu'il ait pu assister à deux spectacles de sa fille. Il considère qu'en réalité, il ne présente plus la moindre capacité de travail exploitable sur le marché du travail. Il requiert en outre que de nouvelles questions soient soumises à l'expert. Dans son avis du 25 janvier 2018, le Dr L. _____ expliquait en particulier ce qui suit :

« [...]

Non, je ne suis pas d'accord. Monsieur K. _____ a pu assister aux spectacles de sa fille seulement en prenant plusieurs comprimés d'anxiolytique, de plus, il n'est pas fait mention des activités auxquelles le patient n'a pas pu participer (autres sorties avec sa fille, réunions scolaires, amener sa fille à [...] p.ex.)

Pouvoir aller assister aux deux spectacles de sa fille en prenant plusieurs comprimés d'anxiolytique ne me semble pas être l'expression de l'existence d'une capacité de travail à 50% ! Il ne peut pas se déplacer de façon « libre » dans les villes ou dans les régions inconnues, il a besoin d'être accompagné pour les différents rendez-vous (notamment ceux fixés pour l'expertise à [...]). Les contacts interpersonnels sont extrêmement difficiles pour le patient, la peur et les angoisses sont manifestes, le patient ayant besoin dans ces conditions d'augmenter la posologie du traitement par anxiolytique. Il n'y a pas actuellement de toute évidence une

capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, et il n'est pas en mesure d'exercer un travail sur le marché économique.

[...]»

E. Le 23 septembre 2015, le recourant a déposé une demande d'assistance judiciaire au moyen du formulaire idoine.

Par ordonnance du 25 septembre 2015, la juge instructrice lui a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 septembre 2015, l'a exonéré d'avances et de frais judiciaires et lui a nommé un avocat d'office en la personne de Me Métille. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 11 juin 2018, indiquant avoir consacré 25 heures 55 de travail pour cette affaire. Les débours se montaient à 69 fr. 73.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Conformément à ce que prévoit l'art. 61 LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve

de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieux dans le cas particulier le droit de K. _____ à une rente d'invalidité en raison des troubles psychiques dont il souffre.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

A la teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

Le principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, ancré à l'art. 28 al. 1 LAI, signifie que la rente doit céder le pas aux mesures de réadaptation qui visent à rétablir, à développer et à sauvegarder la capacité de gain ou celle d'accomplir les travaux habituels (Valterio, op. cit., n° 2016 p. 532 et réf. cit.). La conséquence de ce principe est qu'avant de se prononcer sur le droit à la rente, les offices AI doivent examiner d'office, sans égard à la demande présentée par l'assuré, toutes les possibilités de réadaptation qui pourraient être nécessaires et de nature à rétablir sa capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage (Valterio, op. cit., n° 2018 p. 533 et réf. cit.).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). 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 (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

d) Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves développée dans le cadre de la jurisprudence relative aux syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281) à l'ensemble des maladies psychiatriques (TF 8C_130/2017 et 8C_841/2016 du 30 novembre 2017). Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à cette procédure lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou qu'elle ne convient pas. Elle est superflue lorsqu'une incapacité de travail peut être niée de manière motivée et compréhensible sur la base de rapports médicaux probants émanant de spécialistes, et que d'éventuelles appréciations médicales contradictoires peuvent être écartées faute de qualifications médicales suffisantes de leurs auteurs ou pour d'autres motifs (TF 8C_130/2017 consid. 7.1 et 8C_841/2016 consid. 4.5.3).

4. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

6. a) En l'espèce, aux termes de son rapport d'expertise psychiatrique du 16 juin 2017, le Dr O._____ a posé les diagnostics de

trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité anxieuse, dépendante et paranoïaque, de trouble de l'humeur persistant et de majoration des symptômes psychiques pour des raisons psychologiques. Pour ce médecin, le trouble de la personnalité justifie une incapacité de travail de 50%.

b) Dans le cas présent, force est d'admettre que l'expertise psychiatrique du Dr O._____ ne prête pas le flanc à la critique. Ce médecin s'est en effet entretenu avec le recourant à deux reprises et a examiné l'ensemble du dossier médical. Il s'est également fondé sur le rapport de l'examen neuropsychologique du 1^{er} juin 2017 réalisé par la psychologue Z._____. De surcroît, le Dr O._____ est allé jusqu'à analyser le dossier du service médical de l'armée concernant le recourant, comprenant en particulier un rapport d'expertise psychiatrique du 1^{er} décembre 1992. Dans son rapport, le Dr O._____ fait état de l'anamnèse de l'expertisé et décrit soigneusement les plaintes actuelles de l'intéressé. Son appréciation de la situation médicale est claire et convaincante. En particulier, il explique longuement pour quelles raisons il s'écarte des conclusions de la Dresse T._____, tant sur les questions de diagnostic que sur celles de la capacité résiduelle de travail. Il expose notamment les motifs pour lesquels des troubles névrotiques, tels que l'attaque de panique, l'anxiété ou l'agoraphobie, ne peuvent être retenus dans le cas du recourant et quels sont les éléments qui lui font poser le diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec traits de personnalité anxieuse, dépendante et paranoïaque. Le Dr O._____ procède à cet égard à une analyse circonstanciée, prenant compte, entre autres, des problèmes rencontrés par K._____ lors de son école de recrue - à l'aune notamment du rapport d'expertise du Dr E._____ du 1^{er} décembre 1992 - ainsi que des difficultés de ce dernier dans le cadre de son parcours professionnel.

Quant à la question de l'activité professionnelle adaptée, le Dr O._____ décrit bien limitations fonctionnelles du recourant, qui tiennent principalement aux relations interpersonnelles, le recourant vivant sur un mode paranoïaque et ayant beaucoup de peine à faire confiance. L'expert

se fonde en particulier sur l'échelle « Mini-ICF », dont il ressort que certaines aptitudes de K. _____ dans le domaine des relations sociales sont diminuées. Pour le Dr O. _____, la profession de vendeur en articles de sport convient cependant bien au recourant, pour autant qu'elle se situe dans un environnement de petite ou de moyenne taille avec un encadrement soutenant. En effet, selon l'expert, il lui faut une activité qui ne demande pas des connaissances importantes et des efforts intellectuels, et qui offre une stabilité en termes de cadre et de relations sociales. Ainsi, pour le Dr O. _____, une activité de vendeur lui semble plus adéquate du point de vue psychiatrique que celle de chauffeur livreur ou de commercial.

Enfin, s'agissant de l'évolution de la capacité de travail du recourant, le Dr O. _____ explique que K. _____ a connu une période de décompensation importante depuis la fin de l'année 2011, période durant laquelle il présentait une incapacité de travail totale. Depuis la fin de l'année 2014, environ six mois après le début du traitement auprès du Dr L. _____, son état de santé s'est amélioré, sa capacité de travail étant depuis lors de 50 %. Le Dr O. _____ ajoute que cette capacité de travail est susceptible d'être progressivement améliorée si des mesures de réadaptation sont mises en place, vraisemblablement dans un délai d'une année. Certes, le psychiatre traitant de K. _____ conteste toute amélioration de l'état de santé de son patient. Toutefois, il ressort du rapport d'expertise que le recourant dispose de plus de ressources qu'il ne veut bien le reconnaître. Le Dr O. _____ relève que l'assuré est capable de gérer ses affaires, de faire son ménage et de se déplacer lorsqu'on l'exige pour des examens. Il a pu assister aux spectacles de sa fille et se rendre aux rendez-vous pour l'expertise psychiatrique. Pour le Dr O. _____, il existe chez le recourant une majoration des symptômes physiques et psychologiques. Cette appréciation est convaincante et il n'y a pas lieu de s'en écarter. Le simple fait que le médecin traitant du recourant substitue sa propre appréciation à celle de l'expert ne permet pas encore de mettre en doute les conclusions claires et bien motivées de ce dernier sur ce point.

c) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de suivre les conclusions de l'expert et de retenir qu'à partir de la fin de l'année 2011, le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité. Depuis la fin de l'année 2014, son état de santé s'est amélioré et sa capacité de travail, dans une son activité habituelle de vendeur, est passée à 50 %. Il convient donc d'admettre que le recourant a droit à une rente entière dès le 1^{er} juillet 2014, soit six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations auprès de l'OAI (art. 29 al. 1 LAI). A partir du 1^{er} mars 2015, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé (art. 88a al. 1 RAI), le recourant a droit à une demi-rente.

7. a) Le dossier étant complet, permettant ainsi au tribunal de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'un nouveau complément d'expertise, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. supra consid. 5b). En effet, cette mesure n'est pas susceptible de modifier l'appréciation de la Cour de céans s'agissant des atteintes à la santé du recourant et de leur influence sur sa capacité de travail.

b) Par ailleurs, l'expertise du Dr O. _____ étant pleinement probante et l'appréciation contradictoire du médecin traitant du recourant ayant été écartée, la mise en œuvre d'un complément d'expertise en rapport avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les maladies psychiatriques s'avère superflue (cf. supra consid. 3d).

c) Enfin, compte tenu de l'avis de l'expert selon lequel des mesures d'ordre professionnel seraient susceptibles d'améliorer la capacité résiduelle de travail du recourant, il appartiendra à l'OAI d'examiner s'il convient en l'espèce de mettre en œuvre de telles mesures.

8. En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le recourant a droit à une

rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2014 au 28 février 2015 et à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2015.

9. a) La procédure est onéreuse. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis}LAI et 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et sont mis à la charge de l'OAI qui succombe.

b) Ayant obtenu partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens réduits (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Le montant de ces derniers étant déterminé d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 2'000 francs.

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c et 122 CPC [code de procédure civile fédéral du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office.

En l'espèce, Me Métille a chiffré à 25 heures 55 le temps consacré à ce dossier, soit 20 heures 30 du 5 octobre 2015 au 14 décembre 2017 et 5 heures 25 du 10 janvier 2018 à ce jour. Pour la première période, c'est ainsi un montant de 3'690 fr. (20.5 x tarif horaire de 180 fr) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus TVA à 8% d'un montant de 295 fr. 20, soit un montant total de 3'985.20. Pour la seconde période, c'est un montant de 972 fr. (5.4 x tarif horaire de 180 fr) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées, plus TVA à 7.7% d'un montant de 74 fr. 85, soit un montant total de 1'046 fr. 85. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a). En l'occurrence, c'est un

montant de 69 fr. 75, TVA comprise, qui doit être reconnu à ce titre. L'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 5'101 fr. 80.

L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 3'101 fr. 80 (5'101 fr. 80 - 2'000 fr.) sera provisoirement supporté par le canton. Le recourant est toutefois rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser ce montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]).

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 30 juillet 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que K._____ a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2014 au 28 février 2015 et à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2015.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à K._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil de K._____, est fixée à 3'101 fr. 80 (trois mille cent un francs et huitante

centimes), après déduction des dépens précités, débours et TVA compris.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille (pour K. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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. 1LTF).

La greffière :