

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 octobre 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mmes Silva et Feusi, assesseuses,
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant, représenté par Me Cesare Lepori, à Bellinzona,

et

O. _____, à Vevey.

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

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né en Turquie, en 1973. Il réside en Suisse depuis 1977. Marié, l'assuré est père de deux filles. Ayant suivi une formation qu'il n'a pas menée à son terme, il a été principalement actif dans le domaine de la construction métallique et la serrurerie. Son parcours professionnel a été entrecoupé de période de chômage, notamment entre 2003 et 2004, puis dès 2006. Depuis de nombreuses années, l'intéressé a souffert de lombalgies, dont les douleurs étaient en augmentation depuis 2007.

Le 19 août 2008, l'assuré a été victime d'une fusillade impliquant son frère, lequel est décédé sous ses yeux. L'intéressé lui-même a été touché à la jambe gauche et à l'abdomen. Immédiatement hospitalisé, l'assuré a été traité chirurgicalement en raison d'une fracture fragmentaire du tibia et péroné gauche, de fractures des branches ilio et ischiopubiennes gauches avec plusieurs fragments métalliques, une plaie par balle à l'abdomen ainsi que deux impacts à la jambe gauche. Il a été hospitalisé jusqu'au 5 septembre 2008 à l'Hôpital régional de [...]. A compter de cette date, l'assuré a été en incapacité totale de travail.

En raison des séquelles psychologiques engendrées par cet événement, l'assuré a été suivi à compter du mois de mars 2009 par le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie.

B. Dans l'intervalle, I. _____ a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc du 14 mai 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il a mentionné des lombalgies de longue durée assorties de douleurs ainsi que les projectiles reçus au ventre et à la jambe.

Par rapport du 15 juin 2009, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, a retenu comme diagnostics invalidants un status post-ostéosynthèse d'une

fracture pluri-fragmentaire du tibia et péroné gauche à haute énergie. Malgré un processus de guérison favorable, le spécialiste a estimé qu'il était trop tôt pour se prononcer sur une éventuelle reprise du travail.

Durant le mois de juin 2009, l'OAI a mis en place des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un stage d'observation. En raison d'une rechute d'ordre psychiatrique, l'assuré n'a pas été en mesure de suivre le stage précité.

Dans un rapport médical du 20 août 2009 adressé à l'OAI, le Dr T._____ a souligné la nécessité d'un entretien avec un conseiller professionnel de l'AI, d'une enquête ménagère ainsi que d'un examen du Service médical de l'AI (ci-après : le SMR) afin de mettre en œuvre les mesures nécessaires en vue de ralentir, respectivement de contrecarrer la tendance régressive maligne, à la limite des comportements auto-agressifs et de sabotage, que laissait entrevoir l'évolution clinique de l'assuré.

Devant la nécessité de poursuivre l'instruction médicale, l'OAI a mis en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique, confiée au [...], plus précisément aux Drs N._____ et W._____, spécialistes en médecine interne ainsi qu'au Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Dans leur rapport d'expertise du 11 mars 2010, les spécialistes ont posé comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail un status après plaies par balle avec fractures multifragmentaires du tibia et fracture du péroné à gauche ayant nécessité une ostéosynthèse tibiale par plaque le 19 août 2008, une spondylodiscarthrose lombaire débutante sans contrainte radiculaire ni médullaire radioclinique ainsi qu'un état de stress post-traumatique. Concernant les diagnostics dénués d'influence sur la capacité de travail, les experts ont mentionné une anxiété généralisée, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, un syndrome douloureux somatoforme persistant, un status après plaie par balle au niveau abdominal ayant provoqué une fracture du

bassin à gauche et un hématome rétropéritonéal, sans lésion viscérale, ni vasculaire, ni neurologique, survenue le 19 août 2008, une obésité avec HTA labile et stéatose hépatique (2004), une hernie hiatale (diagnostiquée en 2005) et des douleurs abdominales fonctionnelles (2004), des allergies multiples, un status après écrasement de la main gauche avec neuropathies post-constusionnelles des nerfs collatéraux de l'auriculaire gauche sans séquelle algo-fonctionnelle actuelle (2005) et finalement un status après fracture de l'avant-bras droit, sans séquelle (durant l'enfance). Concernant l'influence des pathologies précitées sur la capacité de travail de l'assuré, les experts ont retenu une incapacité totale encore en cours sur le plan physique, avec reprise progressive sur six mois, ainsi qu'une baisse de rendement imputable aux troubles psychiatriques qui devait également se prolonger sur six mois. Dans leur discussion, les experts ont mis en évidence les éléments suivants :

« L'état de stress post-traumatique (ESPT) et ses conséquences (état d'alerte permanent, insomnie flashbacks) justifie une baisse de l'énergie disponible se manifestant sous la forme de fatigabilité physique et mentale et de troubles cognitifs (détournement de l'attention aux stimuli courants habituels au profit de l'attention ciblée sur les stimuli de danger). La fatigabilité est légèrement renforcée par l'anxiété non spécifique (*anxiété généralisée*) et par le trouble dépressif. L'ensemble des troubles psychiques justifie une baisse de rendement dans toute activité, baisse de rendement qui peut être estimée actuellement à 50%.

Pour ce qui est du *syndrome douloureux somatoforme persistant*, à partir de 2000 le Tribunal Fédéral a fixé ses critères pour apprécier le caractère éventuellement invalidant de ce syndrome. Il revient à l'expert psychiatre de décrire divers paramètres médicaux et psychosociaux qui serviront de base à cette appréciation. Ces paramètres ont été décrits dans les différentes parties de l'expertise. S'agissant de M. I._____, la situation peut être résumée comme suit :

- intégration sociale : l'expertisé est très bien intégré dans son milieu familial, il a beaucoup d'amis et diverses activités socialisées (bowling, sorties avec la famille ou des amis, y compris des déplacements en voiture jusqu'en Allemagne)
- comorbidité psychiatrique : il existe une comorbidité d'intensité moyenne, sous la forme d'une dépression moyenne et d'une anxiété généralisée ; ces affections psychiques ne sont pas durablement incapacitantes ; l'état de stress post-traumatique (ESPT) l'est partiellement (baisse du rendement de 50%) mais est en train de s'amender ; on peut escompter que dans un délai de six mois l'ESPT ne devrait plus avoir d'influence significative sur la capacité de travail

- état psychique «cristallisé » : l'expertisé ne présente pas un état psychique gravement altéré et excluant toute évolution ; l'évolution en cours de l'ESPT en témoigne
- atteintes corporelles : les atteintes somatiques « à l'origine » des douleurs somatoformes (lombalgies, céphalées) sont modérées (cf. expertise rhumatologique pour plus de détails)
- durée et caractère résistant des plaintes somatoformes : celles-ci sont documentées depuis 2003 et ont résisté aux traitements prescrits « lege artis », comme c'est d'ailleurs habituellement le cas s'agissant de ce type de douleurs
- les troubles psychiques constatés sont en voie d'amendement (ESPT) ou de gravité modérée (dépression, anxiété généralisée) ; ils ne devraient donc pas interférer de manière significative et durable avec la capacité de l'expertisé de gérer ses douleurs et mettre en œuvre sa capacité de travail

Perspectives thérapeutiques et pronostic

Il y a deux facteurs de risque présents chez l'expertisé, connus pour favoriser le développement d'un *ESPT* chez les personnes exposées à un événement traumatique : le traumatisme a été infligé par un être humain, et la vie de l'expertisé a été objectivement mise en danger lors du traumatisme. D'autres facteurs de risque ne sont pas présents : il n'y a pas d'antécédents personnels ou familiaux de traumatisme ni de troubles psychiques, et il n'y a pas eu, autant que le dossier permette de juger, de réaction dissociative au moment du traumatisme. Par ailleurs, lors du présent examen, l'évocation du traumatisme n'a pas été évitée et n'a pas provoqué de bouleversement émotionnel. On peut en conclure que *l'ESPT* est actuellement au décours, ce qui est l'évolution la plus habituelle après un traumatisme. Dans ces conditions on peut estimer que *l'ESPT*, même si ses manifestations devaient persister encore quelque temps, ne devrait plus avoir d'incidence significative sur le rendement professionnel dans un délai de six mois à partir de maintenant. Quant à l'anxiété généralisée et la dépression, elles ne sont pas d'une sévérité suffisante pour être invalidantes à elles seules.

[...]

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

Au plan physique

ü Séquelles traumatiques de la jambe gauche

Eviter les longs déplacements, les activités sur terrain instable, échelles, échafaudage, la position à genou en appui sur le tibia, permettre une activité semi-sédentaire avec alternance de position, éviter pour l'instant les charges supérieures à 5 kg de manière répétitive. Un véhicule professionnel devrait être automatique. Eviter un travail avec risque de choc direct contre la jambe, des engins provoquant des vibrations.

ü Rachis : éviter les porte-à-faux répétitifs, les charges supérieures à 25 kg de manière répétitive

Au plan psychique et mental

Etat d'alerte persistant par focalisation excessive sur les signaux de danger, entraînant une fatigabilité mentale, et physique également (par insomnie). Ces limitations sont principalement dues à l'état de stress post-traumatique (ESPT), avec un rôle légèrement renforçant de l'anxiété moins spécifique (anxiété généralisée) et du syndrome dépressif.

Au plan social

M. reste intégré au tissu social.

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

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

Au plan physique

Activité de serrurier, aide serrurier : incapacité totale.

Activité de chauffeur : sur véhicule automatique, à la mi-journée.

Au plan psychique

Baisse du rendement de 50% dans toute activité. L'ESPT étant au décours, on peut compter sur une rémission suffisante pour que, dans un délai de six mois, le rendement ne soit plus affecté de manière significative.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Au plan physique

Selon les limitations fonctionnelles.

Au plan psychique

Actuellement, toute activité compatible avec les qualifications de l'expertisé et avec son état physique est possible avec un rendement diminué de 50%. Dans un délai de six mois, la baisse de rendement devrait s'être amendée complètement.

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

Au plan physique

Non, ne peut plus travailler comme serrurier ou profession équivalente sur les chantiers.

Comme chauffeur, activité possible à la mi-journée avec un véhicule automatique.

Au plan psychique

Oui, à temps plein avec un rendement diminué de moitié pour six mois encore.

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

Au plan physique

Oui dans les anciennes activités. Pas de rendement comme serrurier, rendement partiel comme chauffeur.

Au plan psychique

Cf supra.

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

Au plan physique

Depuis l'agression par arme à feu survenue le 19.08.2008.

Au plan psychique

Même réponse.

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

Au plan physique

IT totale encore en cours. Une reconversion professionnelle nous paraît envisageable à compter de mars 2010 avec reprise progressive sur 6 mois pour permettre un reconditionnement, une accoutumance au travail.

Au plan psychique

Jusqu'à maintenant, les atteintes physiques ont été au premier plan et ont déterminé l'incapacité de travail. A partir de maintenant, alors qu'une reprise progressive d'activité (avec reconversion) est envisageable sur le plan somatique, il faut tenir compte de la baisse du rendement imputable aux troubles psychiques. Celle-ci devrait faire sentir ses effets pendant encore six mois.

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

Au plan physique et Au plan psychique

Oui. »

Le 26 avril 2010, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique psychiatrique de [...] en raison d'une réactivation de son syndrome dépressif.

Poursuivant l'instruction du dossier, l'OAI a ordonné une mesure d'observation professionnelle au sein du Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité (COPAI), du 27 septembre au 29 octobre 2010. S'en est suivie une mesure de réinsertion, sous la forme

d'un entraînement à l'endurance au département de psychiatrie du [...], entre le 9 mai 2011 et le 31 août 2011. Ces mesures ont mis en relief la réalisation adéquate des tâches effectuées par l'assuré, assortie cependant d'une fatigue prononcée ainsi que de différentes douleurs, notamment au dos ainsi qu'à la tête.

Entre le 21 novembre 2011 et le 30 septembre 2012, un entraînement progressif sous la forme d'un stage a été mis en place au sein de l'entreprise [...]. Pour des raisons médicales, l'assuré a été régulièrement absent à compter du mois de janvier 2012. Au terme de la mesure, les collaborateurs au sein d' [...] ont remarqué que l'assuré présentait à un rendement de 40% sur un taux de présence de 70%, soit un rendement total de 28%.

C. Le 12 juillet 2013, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, envisageant l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2009, soit six mois après la demande puis, dès le 1^{er} juin 2010, l'octroi d'une demi-rente d'invalidité sous déduction des indemnités journalières versées durant les mesures de réadaptation professionnelle. Procédant à une comparaison entre le revenu envisageable sans invalidité et celui avec une incapacité de travail, l'office a dégagé un degré d'invalidité de 55%. Un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité a été retenu au vu des limitations fonctionnelles de l'assuré, soit l'abstention de marche sur un terrain accidenté, d'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, de position en porte-à-faux ainsi que de port de charge de plus de 25 kilos.

Dans un rapport médical du 18 août 2013, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, nouveau médecin traitant de l'assuré, a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11), une modification durable de la personnalité après traumatisme (F62.0), une anxiété généralisée (F41.1) ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux (F45.4). Retenant une invalidité totale, le médecin a développé les éléments suivants :

« **L'évolution clinique** a été marquée par une persistance de symptômes post traumatique en lien avec son agression. Le patient se montre toujours aux prises avec des flash-back, des réveils nocturnes avec composantes de dissociation lors desquels il peut hurler, ou alors de l'insomnie. On note également de l'hyper vigilance, une sensation d'être sur le qui-vive, de l'irritabilité, de l'impatience, des crises de colère et des ruminations de vengeances. On note en permanence une anxiété marquée et un retrait social. Il y a parfois des phases de ralentissement psychomoteur lors d'épisodes dépressifs caractérisés, avec anhédonie, apragmatisme et aboulie, généralement en août lors de l'anniversaire de l'agression.

La symptomatologie douloureuse n'a pas évolué significativement malgré un suivi auprès du Dr H. _____, responsable de l'unité d'antalgie de l'hôpital de [...], et malgré une tentative de pose de stimulateur électrique. Il serait important de pouvoir contacter ce médecin ainsi que le Dr F. _____ à [...] pour plus de précisions sur ces aspects somatiques.

[...]

Il est important de relever ici les **changements significatifs** par rapport à l'expertise du [...] de 2009 sur laquelle se base la décision de juillet 2013. A l'époque entraient en compte un état de stress post-traumatique (F43.1) et un épisode dépressif moyen (F32.1) tous deux estimés comme étant au décours et devant évoluer favorablement en six mois.

[...]

Discussion

Il n'est certainement pas utile de revenir sur l'entier des détails de la situation de Monsieur I. _____ qui représente un épais dossier déjà en votre possession et qui a permis à votre office conclure à une invalidité à 100% de 2008 à 2009, puis à 50% depuis 2010 en raison d'un trouble somatoforme et de l'amendement supposé de la composante psychiatrique.

Durant mon suivi et à la lumière des éléments de dossier de mon prédécesseur, j'ai pu constater la persistance de l'état de stress post-traumatique, modifiant ainsi le diagnostic retenu à l'époque pour constituer une modification durable de la personnalité. Il s'agit d'une situation à pronostic nettement plus réservé que le PTSD initial. Par ailleurs les épisodes dépressifs se sont renouvelés, au moins à une reprise durant le suivi de mon prédécesseur, et à deux durant le mien (rect. mien). Ceci implique un nouveau diagnostic de trouble dépressif récurrent, impliquant lui également un pronostic plus réservé.

Compte tenu de la sévérité et de la complexité des symptômes observés, je pense qu'il est nécessaire que votre office adapte la rente d'invalidité à 100%.

Puisque les symptômes actuels ont déjà justifié une rente à 100% entre 2008 et 2009, et que la décision de faire passer l'invalidité à

50% en 2010 s'est faite sur la prédiction statistique de septembre 2009 tirée du rapport d'expertise du [...], par ailleurs tout à fait pertinent en soi, je pense que cela ne devrait pas être problématique, suite à ce présent rapport, de procéder à une telle adaptation. La question d'une adaptation rétroactive est, de fait, également posée ».

Dans ses observations du 13 septembre 2013, l'assuré a contesté le projet de décision du 12 juillet 2013. Il a notamment relevé que, compte tenu des observations du Dr V._____, il était nécessaire de modifier le projet de décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Subsidiairement, dans l'optique d'une reconnaissance d'une capacité de travail partielle, un abattement de 10% était totalement insuffisant, compte tenu d'une faible intégration linguistique, d'un faible bagage scolaire ainsi que de capacités d'adaptation et d'apprentissage réduites.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a mandaté la Dresse K._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, afin d'établir une expertise psychiatrique. Dans son rapport d'expertise du 27 février 2014, la Dresse K._____ a retenu comme diagnostic invalidant un status après notions d'un syndrome de stress post traumatique, actuellement en rémission complète (Z71.1). Quant aux diagnostics sans influence sur la capacité de travail, la spécialiste a mentionné un syndrome de dépendance aux opiacés et aux médicaments sédatifs, avec utilisation continue sous prescription médicale (F19.25) ainsi que des notions de douleurs chroniques, pouvant être intégrées dans un tableau de syndrome douloureux somatoforme persistant. Concernant la capacité de travail, elle a conclu à l'absence de limitations sur le plan psychique et mental dès les six mois suivants le rapport d'expertise du 11 mars 2010, c'est-à-dire à partir du mois de septembre 2010. En effet, pour la spécialiste, sur le plan strictement psychiatrique, la capacité résiduelle de travail était complète dans toute activité. A l'appui de ses conclusions, elle a retenu les éléments suivants :

« À l'examen de ce jour, il s'agit d'un homme orienté et collaborant, pourvu de bonnes capacités intellectuelles. Sa vivacité et ses compétences cognitives surprennent, au vu de l'importance de la prescription médicamenteuse sédatrice et surtout opioïde

annoncée. L'évaluation des signes de dépression au sens des classifications internationales est actuellement négative, observation qui est appuyée par des intentions de représailles que l'expertisé formule et qui lui permettent d'échapper à la position d'impuissance caractéristique de la dépression. Quant aux séquelles psychologiques de l'accident du 19 août 2008, malgré un fort impact subjectif, les signes d'un syndrome de stress post-traumatique se sont aujourd'hui estompés, et une éventuelle modification de la personnalité après une expérience de catastrophe est plausible, bien qu'aucun signe clinique n'en restreigne l'exigibilité professionnelle.

En conséquence, le tableau observé ce jour est tout à fait rassurant, révélant un homme en bon état de santé psychiatrique. Les processus de deuil de son frère, de sa mère et de sa sœur sont aujourd'hui terminés et seule persiste, objectivement, une certaine apathie mise sur le compte d'une prescription impressionnante de sédatifs, notamment d'opioïdes.

Étant donné que des notions de lombalgies sont présentes dans le dossier AI d'une manière récurrente et que le tableau actuel montre quelques signes d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, les critères jurisprudentiels de gravité ont été pris en considération comme suit : l'expertisé n'a actuellement plus de comorbidité psychiatrique pouvant avoir un impact sur son exigibilité professionnelle. Les affections corporelles chroniques sont dûment investiguées dans les rapports des médecins spécialistes. Le processus maladif s'étend sur de nombreuses années, puisque les premiers rapports médicaux pour douleurs chroniques datent de 2003 (rapport médical du 17 juin 2003 signé par le Dr Q. _____ qui, dans un consilium, souligne l'importance des plaintes qui ont un aspect parfois caricatural et labile. Ce médecin spécialiste en chirurgie orthopédique souligne l'importance de la discordance entre les signes objectifs et les plaintes du patient, ce qui a également été observé durant cet entretien pour expertise). Il n'y a pas de perte d'intégration sociale. Bien que le processus défectueux de résolution de conflit n'ait pas clairement été mis en évidence, certains bénéfiques pourraient être tirés de la maladie : en effet, l'assuré, qui a vu ses deux parents percevoir des prestations AI, aurait lui-même annoncé (page 226 du dossier AI), que comme il ne s'est pas acquitté de ses devoirs militaires au Pays, l'octroi d'une rente AI lui permettrait de ne pas payer les 15'000 euros de taxe d'exemption au service. On ne peut parler d'échec des traitements mis en place, mais plutôt d'une prescription excessive. Il n'a pas été décelé de signe de non-coopération.

En conséquence, l'examen des critères jurisprudentiels de gravité ne révèle pas de comorbidité psychiatrique pouvant grever l'exigibilité professionnelle de l'assuré. »

Dans un avis SMR du 14 mai 2014, les Drs D. _____ et M. _____, médecins, ont retenu les éléments suivants :

« En conclusion l'expert juge l'assuré en bon état de santé psychiatrique actuelle et sans limitation d'ordre psychiatrique. La CT (capacité de travail) exigible est donc entière sur le plan psychiatrique à partir de septembre 2010 (6 mois après l'expertise

du [...]). Les conclusions de cette expertise rejoignent et confirment celles de l'expertise de 2010 qui prévoyait une exigibilité professionnelle totale à 6 mois. On ne peut que constater que les éléments décrits par le Dr V. _____ en août 2013 dans son courrier, en particulier les manifestations anxieuses ou le ralentissement psychomoteur avec baisse de la thymie, ne sont pas retrouvés par l'expert 7 mois plus tard lors de son expertise, ce qui témoigne d'une évolution notable de la situation et peut correspondre à une amélioration de l'état de santé de l'assuré sous traitement. Il appartiendra au psychiatre traitant de prendre en considération les remarques de l'expert sur la compliance de l'assuré au traitement et sur une éventuelle adaptation du traitement. Enfin il ne nous appartient pas de nous prononcer sur la remarque personnelle de l'expert mais l'administration doit en tenir compte de manière appropriée car elle est basée sur un constat objectif de faits. Cette expertise répondant aux critères de qualité exigible d'un tel examen nous ne voyons pas de raison objective de nous écarter de ses conclusions que nous adoptons. Il y a une grande cohérence entre les signes décrits chez l'assuré et les diagnostics retenus. Les diagnostics non retenus sont bien discutés. Pour finir de nous convaincre on notera qu'il existe une bonne cohérence entre les constats actuels de l'expert et l'évolution prévue lors de l'expertise du [...]. En synthèse l'assuré a donc pour des raisons somatiques une CT nulle dans son activité ancienne de serrurier et de 50% dans une activité adaptée aux seules limitations fonctionnelles d'ordre somatique. Aucune limitation n'est à retenir actuellement sur le plan psychique.»

Dans un nouvel avis médical SMR du 23 juin 2014, les Drs M. _____ et D. _____ ont précisé que, sur le plan somatique, l'exigibilité professionnelle de l'assuré après 6 mois de reconditionnement professionnel était totale dans une activité adaptée, en conformité avec les conclusions de l'expertise du [...] de 2010.

D. Le 27 janvier 2016, l'OAI a émis un deuxième projet de décision, envisageant l'octroi des prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'une rente entière dès le 1^{er} novembre 2009, puis une demi-rente du 1^{er} juin 2010 au 30 novembre 2010 (taux d'invalidité de 55% durant cette période). Vu l'amélioration de l'état de santé de l'assuré constatée tant sur le plan physique que psychique, l'OAI retenait qu'une pleine capacité de travail était parfaitement exigible depuis le mois de septembre 2010 et ce dans l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressé.

Le 24 février 2016, l'assuré a, par l'intermédiaire de Procap, pris position sur le projet de décision précité. Il alléguait qu'il était

pertinent de prendre en compte les observations réalisées lors des mesures de réadaptation, concluant à un rendement de 28%. Il a ensuite invité l'OAI à investiguer sa situation sous l'angle de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les troubles somatoformes douloureux en tenant notamment compte d'un nouvel avis de son psychiatre traitant.

Le 12 avril 2016, l'assuré a produit plusieurs documents médicaux, plus particulièrement un rapport médical du 6 avril 2016 établi par le Dr V._____. Le psychiatre a complété les diagnostics précédemment retenus dans son rapport du 18 août 2013, en ajoutant celui de syndrome de dépendance aux opiacés, sous traitement de substitution (F12.22). Le médecin a relevé que l'état dépressif de l'assuré s'était aggravé à deux reprises durant l'année 2015, au printemps et à l'automne. Il a également mis en évidence les éléments suivants :

« Je pense que la combinaison d'un trouble dépressif récurrent, d'un trouble somatoforme, d'une dépendance aux opiacés et d'une anxiété peuvent l'un dans l'autre contribuer à annihiler toute possibilité d'investissement professionnel de ce patient sur la durée, quand bien même il serait occasionnellement en mesure de pratiquer une activité sur quelques jours, je pense que de tenir cette activité à hauteur de 30 ou 40% sur des semaines relève de l'illusoire.

Taux de rendement attendu (en %) dans une activité adaptée s'il est tenu compte de toutes ses limitations fonctionnelles et pour quels motifs ?

Encore une fois je pense qu'il est difficile de parler d'une activité adaptée puisqu'à ce jour même les tentatives de réinsertion en atelier protégé se sont révélées être un échec.

Je pense que toute activité devrait commencer par un atelier protégé et là aussi je pense que la combinaison des diagnostics psychiatriques mentionnés précédemment permettent tout au plus une activité régulière de quelques heures par semaine.

Les constatations de l'expert qui estime que le patient est tout à fait en mesure de travailler 8 heures par jour sur la durée ne peuvent que me laisser pantois.

Quelles activités et quel type de travail sont-ils possibles et dans quelle mesure ?

A cette situation également je pense qu'une tentative de réinsertion progressive dans un atelier protégé est la seule activité adaptée

possible. Je rappelle qu'il s'agit en général d'activité qui sont ouvertes aux patients bénéficiaires d'une rente AI à 100%.

Quel est le pronostic vraisemblablement attendu (gravité des troubles, risque de chronicisation des troubles...) ?

Pour ma part, et en effet en opposition complète avec les experts sollicités par l'AI, je constate dans mon suivi (qui je rappelle est un suivi régulier associé à un suivi de la famille du patient) à une chronicisation de cette situation complexe.

C'est ce que je tentais de décrire dans mon rapport de 2013 et je peux confirmer aujourd'hui que l'évolution a été défavorable avec de nouveaux épisodes dépressifs et un diagnostic supplémentaire de dépendance aux opiacés.

S'agissant d'une situation évoluant depuis plusieurs années et déjà chronifiée, le pronostic est sévèrement entamé à moyen terme.

[...]

S'il s'agit bien d'un trouble somatoforme douloureux quel est l'impact sur sa vie professionnelle et également sa vie privée ?

En effet, je constate qu'il s'agit d'un trouble somatoforme douloureux, même si cela est un diagnostic syndromique qui ne reflète qu'une partie de la problématique de Monsieur I._____.

Je considère qu'il s'agit d'un élément significatif de sa symptomatologie qui a émergé massivement dans les suites de la fusillade dont il a été victime et qui impacte significativement sa capacité de travail et sa vie sociale. Encore une fois Monsieur I._____ ne fait pratiquement rien de sa journée, il reste chez lui à tenter de gérer sa dépression et ses douleurs, la famille est particulièrement inquiète, sa fille qui vient de se marier doit aider financièrement ses parents, doit intervenir dans de multiples tâches du quotidien, ce qui à mon sens pourrait ouvrir la porte à une rente pour importent »

L'intéressé a également produit un rapport médical du 14 mars 2016 émanant du Dr H._____, spécialiste en anesthésiologie, remarquant que les douleurs ressenties semblaient plutôt au second plan dans un tableau clinique dominé par des troubles anxieux et dépressifs.

Par avis médical du 24 mai 2016, le SMR, soit le Dr D._____, a estimé que la position du Dr V._____ constituait un avis différent de celui des experts sollicités, mais n'apportait pas les éléments objectifs permettant de s'écarter des conclusions de l'expertise établie par la Dresse K._____.

Par acte du 16 août 2017 adressé à l'assuré, l'OAI a retenu que la contestation formulée par l'assuré ne modifiait pas sa position, le projet du 27 janvier 2016 devant être entièrement confirmé. En effet, il a relevé que tant l'expertise bidisciplinaire du [...] que l'expertise psychiatrique de la Dresse K._____ remplissaient les conditions posées par la jurisprudence afin de se voir reconnaître valeur probante. Quant aux rapports médicaux ultérieurs du Dr V._____ notamment, ils n'apportaient aucun élément nouveau ou méconnu susceptible de remettre en cause les conclusions des expertises mises en œuvre et ne permettaient pas de s'écarter des précédentes conclusions de l'intimé. S'agissant du trouble somatoforme douloureux, l'OAI a relevé que la Dresse K._____ ne l'avait pas considéré comme invalidant, l'assuré ayant conservé des moyens psychiques suffisants afin de s'habituer à un rythme de travail, de s'intégrer dans le tissu social et de mobiliser ses ressources existantes. L'office a finalement souligné que la limitation des niveaux d'activité n'était pas uniforme dans tous les domaines de la vie de l'intéressé.

Par décision du 17 novembre 2017, confirmant son projet de décision du 27 janvier 2016, l'OAI a accordé à l'assuré une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} novembre 2009 et le 31 mai 2010 ainsi qu'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin 2010 au 30 septembre 2010.

E. Par acte du 3 janvier 2018, I._____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Cesare Lepori, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il a principalement conclu à sa réforme en ce sens que, au minimum, le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité lui soit reconnu. Concernant la problématique des troubles somatoformes douloureux, l'assuré soutenait que l'OAI n'avait pas considéré la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, soit l'arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015. Au vu de ses performances lors des différents stages d'observation, il ne pouvait être retenu que son état de santé s'était amélioré à compter du 30 août 2010, son degré d'invalidité arrêté à 55% s'étant au contraire poursuivi. Finalement, l'assuré a requis une nouvelle expertise.

Par réponse du 20 mars 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. L'office a relevé que le rendement constaté lors des stages effectués dépendait de facteurs étrangers à l'assurance-invalidité, tels que le manque de motivation. L'OAI a également observé, au regard des nouveaux indicateurs développés par la jurisprudence en matières de troubles somatoformes douloureux, l'atteinte de l'assuré ne saurait être considérée comme invalidante. La prescription médicamenteuse était effectivement inadaptée si bien qu'une résistance au traitement pouvait être retenue. Les capacités d'adaptation étaient intactes, vu les ressources psychiques de l'assuré lui permettant de s'habituer à un rythme de travail et de s'intégrer dans le tissu social, son investissement dans sa vie familiale ainsi que dans ses activités. Pour l'OAI, les indicateurs se rapportant à la cohérence démontraient que la limitation des niveaux d'activité alléguée n'était pas uniforme dans tous les domaines de la vie de l'intéressé.

Répliquant en date du 16 avril 2018, l'assuré a confirmé ses conclusions. Il faisait valoir que la décision attaquée reposait uniquement sur deux expertises médicales de 2010 et de 2014 qui n'étaient plus d'actualité. Pour l'intéressé, l'avis de son médecin traitant n'avait pas été considéré de manière appropriée. Il alléguait ensuite que la réalité de ses relations sociales et familiales était éloignée de celle retenue par l'AI. Son rythme de vie ne correspondait pas à celui d'une personne spontanément investie dans sa vie familiale ou dans la société, ses tâches et ses activités étant organisées par ses proches.

A l'appui de sa réplique, l'assuré a produit un courrier du 13 avril 2018 émanant du Dr V. _____ qui, au vu des symptômes présentés par l'assuré, soit des douleurs, un retrait à la maison, une symptomatologie dépressive associée à des cauchemars évaluant défavorablement vers une chronicisation, considérait que son patient avait droit à l'octroi d'une rente d'invalidité. L'assuré a également produit une lettre de sa fille, datée du 12 avril 2018, dont sont extraits les éléments suivants :

« Pour commencer, je tiens à vous dire que mon père passe ses journées dans sa chambre à dormir, les seules fois qu'il se réveille c'est pour aller au toilette et boire de l'eau. Nous devons le réveiller pour qu'il puisse venir à table manger avec nous, en général il ne mange que le soir car le reste de la journée nous ne sommes pas à la maison et il ne va jamais se lever pour se préparer à manger. Il y a des jours où il ne se lève même pas car il n'arrive pas à se lever du lit. Ensuite, 1) si le fait de regarder la télévision pour passer un petit moment avec nous, prendre de l'air, se promener en ville ou même venir faire des courses avec nous de temps en temps par **nos obligations** fait de lui une personne sociale, alors dites-moi Madame le Juge est-ce que mon père a meilleur temps de se suicider ?!

2) Ma mère part au travail et rentre à la maison avec sa collègue véhiculée Madame C._____, domiciliée à [...]. Mon père ramène ma mère une fois tous les 3 mois et encore car il n'y a personne et même là c'est en général mon mari ou moi qui le ramenons. 3) Mon père n'entreprend pas des voyages avec sa voiture si cela devait arriver par exemple pour aller voir la famille au Tessin, c'est mon mari ou moi qui conduisons. Les seules fois qu'il la prend c'est pour se déplacer par ici. Mon père n'a jamais conduit de scooter depuis sa jeunesse donc non il ne se déplace jamais au guidon d'un scooter. 4) Nous faisons partie d'une association de Turcs où nous payons 10CHF par année et par personne car en cas de décès ce sont eux qui prennent en charge notre enterrement. Il y a aussi possibilité de boire un café et regarder les matchs de foot, oui il y va de temps en temps par obligation de ses connaissances. Mon père est en traitement avec des médicaments contre les douleurs et les psychotropes. Ces médicaments agissent au niveau du système nerveux, ce qu'il fait qu'il s'exprime pas toujours très bien et oublie les choses et même parfois les invente ».

Par réplique complémentaire du 17 avril 2018, le recourant a réitéré ses conclusions, considérant que la Dresse K._____ était dans l'erreur et que les appréciations des autres médecins rejoignaient celle de Dr V._____.

Dupliquant en date du 7 mai 2018, l'OAI a à nouveau proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse. Il estimait que le Dr V._____ était sorti de son champ de compétences en se prononçant directement sur les décisions rendues par l'office, son appréciation étant par ailleurs influencée par les enjeux de la procédure. Dans un tel contexte, l'OAI peinait à accorder une pleine valeur probante aux rapports émanant de ce médecin. L'office relevait une nouvelle fois l'absence d'un élément objectivement vérifiable, rattaché à la situation qui prévalait jusqu'à la décision litigieuse, qui aurait été négligé par son instruction et

qui serait susceptible de modifier sa position, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise n'étant ainsi pas justifiée. A l'appui de son argumentation, l'OAI a produit un avis SMR du 30 avril 2018, dans lequel le Dr D. _____ a retenu les éléments suivants :

« Nous avons étudié minutieusement chacune de ces pièces. Au plan médical le rapport du médecin traitant n'apporte pas d'élément médical objectif contributif nous permettant d'apprécier une situation médicale significativement modifiée par rapport à celle connue lors de notre instruction précédente. Comme déjà évoqué dans un avis SMR précédant le diagnostic même de TSD (troubles somatoformes douloureux) mériterait d'être discuté dans la mesure où l'ensemble des critères CIM ne sont pas remplis et qu'il existe un traumatisme initial pouvant expliquer les douleurs décrites. De même le rapport médical du radiologue n'est pas en faveur d'une situation médicale nouvelle. Il n'est pas de notre champ de compétence de nous prononcer sur la lettre d'appréciation personnelle de la fille de l'assuré quant aux résultats des expertises et de notre décision. Quant à l'avis du psychiatre traitant il reprend effectivement une nouvelle fois le status psychiatrique déjà décrit et étudié lors de deux expertises par deux experts différends. Il conteste la prévision statistique de la première expertise de 2010, ce qui serait effectivement tout à fait plausible mais cette prévision initiale a été confirmée par la seconde expertise de la Dresse K. _____ en 2014. Nous comprenons que les conclusions du psychiatre traitant puissent être différentes de celle de l'expert mais nous ne pouvons entrer dans une querelle d'experts en l'absence de nouveaux éléments objectifs et n'étant pas spécialiste psychiatre nous-même. Dans ce contexte nous laissons donc le tribunal apprécier le cas échéant d'une troisième expertise afin de départager les deux spécialistes. Dans l'état actuel du dossier il n'existe pas de raison objective de s'écarter des conclusions des expertises et de revoir notre décision au moment où elle a été prise ».

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 (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 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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).

c) En l'espèce, compte tenu des fériés (art. 96 al. 1 let. c LPA-VD), le recours a été interjeté en temps utile. Les exigences de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont par ailleurs été respectées. Le recours est en conséquence recevable quant à la forme de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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

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

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI) et peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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. 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 et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

b) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une

opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

5. a) En premier lieu, il sied de relever que l'état de santé somatique du recourant n'est pas contesté, celui-ci présentant sur le plan physique une capacité de travail entière dans le respect de ses limitations fonctionnelles.

Sur le plan psychiatrique, les experts du [...] ont retenu un état de stress post-traumatique, une anxiété généralisée, un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils ont estimé que seul l'état de stress post traumatique avait une influence sur la capacité de travail, sous la forme d'une baisse de rendement pendant encore une durée de six mois. L'experte K._____ a également retenu un status après notion d'un syndrome de stress post-traumatique ainsi que des notions de douleurs chroniques, pouvant être intégrées dans un tableau de syndrome somatoforme douloureux persistant. Pour l'experte, la capacité de travail du recourant était pleine sur le plan strictement psychiatrique.

b) Quant au Dr V._____, psychiatre traitant du recourant, il a fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, d'une modification durable de la personnalité après traumatisme, d'une anxiété généralisée ainsi que d'un trouble somatoforme douloureux. A ce tableau clinique venait également s'ajouter une dépendance aux opiacés. Concernant la capacité de travail, le Dr V._____ a retenu dans son rapport du 6 avril 2016 qu'une activité de 30 à 40% sur des semaines relevait de l'illusoire.

c) Sur la base des deux expertises précitées, l'intimé a accordé au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2009 puis une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin 2010 au 30 novembre 2010. Au-delà du 30 septembre 2010, l'intimé a retenu qu'une pleine capacité de travail était parfaitement exigible dans une activité adaptée. Le recourant a au contraire considéré que son état de santé ne s'était pas

amélioré, son degré d'invalidité s'étant maintenu à 55% au-delà du mois de septembre 2010.

6. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b) Dans deux arrêts récents (ATF 143 V 418 et ATF 143 V 409), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente AI en cas de troubles psychiques. Il a considéré que même si la classification diagnostique est médicalement nécessaire et qu'un diagnostic posé selon les règles de l'art est indispensable, ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble sur la capacité de travail (ATF 130 V 418 consid. 6). Le Tribunal fédéral a dressé un parallèle entre la problématique des troubles psychiques et l'évolution récente de la jurisprudence concernant des troubles douloureux sans causes organiques explicables (troubles somatoformes douloureux) et troubles psychosomatiques analogues, développée dans l'ATF 141 V 281.

Le Tribunal fédéral a en substance retenu que pour les maladies psychiques, et non seulement dans le cas de troubles somatoformes, le substrat nécessaire à l'administration d'une preuve directe permettant de conclure à une incapacité de travail faisait défaut. L'administration de la preuve doit donc se faire de manière indirecte, à l'aide d'indicateurs (ATF 143 V 418 consid. 7.1 et les références citées). En

fonction du tableau clinique, des ajustements devront être faits en conséquence lors de l'évaluation de certains indicateurs. Dans ce contexte, les Lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance, établies le 16 juin 2016 par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP), faisant expressément référence à l'arrêt 141 V 281, gardent toute leur pertinence. Une administration des preuves structurées similaire à celle prévalant en matière de troubles somatoforme douloureux doit dès lors s'appliquer à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.2), dont les troubles affectifs et les troubles dépressifs de gravité légère ou moyenne, le critère de la résistance à la thérapie ne pouvant à lui-seul résoudre la question de l'incapacité de travail (ATF 143 V 418 consid. 7.1, 409 consid. 4.4 et 4.5.2).

c) Au vu des pathologies psychiatriques retenues par les différents médecins au cours de la présente procédure, il se justifie d'examiner les critères d'évaluation développés par le Tribunal fédéral en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 et jurisprudence citées). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a donc abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

c) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc désormais de tout trouble psychique, suppose en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être

examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

d) La grille d'évaluation développée dans l'arrêt ATF 141 V 281 comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé (*funktioneller Schweregrad*), avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

e) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence (*Konsistenz*) entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (ATF 141 V 281 consid. 4.4 ; 9C_862/2014 du 17 septembre 2015, consid. 3.2). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas

recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4).

f) Le Tribunal fédéral a précisé que ce changement de jurisprudence intervenu à l'arrêt 141 V 281 ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies, le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux, permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281, consid. 8, TF 9C_716/2015 du 30 novembre 2015, consid. 4.1 ; TAF C-1916/2015 du 31 mai 2016 et réf. cit.). N'étant pas remise en cause par les arrêts TF 8C_841/2016 et 8C_130/2017 du 30 novembre 2017, il y a lieu de se tenir à cette jurisprudence.

7. a) Sur le plan psychique, l'expertise du [...] retient un état de stress post traumatique comme pathologie ayant une influence sur la capacité de travail et fixe un retour à une pleine capacité de travail après six mois. Or, comme le relève le Dr V._____, cette prévision est essentiellement basée sur une prévision statistique en la matière. Elle ne pourrait dès lors être appliquée de manière schématique à la situation du recourant. L'expertise relève également que l'épisode dépressif ainsi que l'état d'anxiété généralisée du recourant ne sont en soi pas incapacitants, sans pour autant examiner plus en profondeur les effets fonctionnels de ces troubles sur la capacité de travail. Concernant les troubles somatoformes douloureux diagnostiqués au moment de cette expertise, l'influence sur la capacité de travail est discutée selon les anciens critères jurisprudentiels. D'une manière plus générale, au vu de l'ancienneté de l'expertise du [...], le rapport datant du mois de mars 2010, les

conclusions prises ne sont en conséquence pas transposables à la situation actuelle. Au vu de ce qui précède, l'appréciation du Dr V. _____ ne peut pas se discuter sur la base de cette expertise.

b) Concernant l'expertise établie par la Dresse K. _____, elle ne peut pas être suivie en l'état. Sur la base de son examen clinique, elle a retenu que l'amélioration prédite par le [...] était effective. Or, on ne dispose d'aucun élément anamnestique chronologique permettant d'affirmer que la capacité était entière dès les six mois suivant l'expertise [...]. En effet, il n'est aucunement fait mention de l'hospitalisation psychiatrique qui aurait eu lieu peu après l'expertise, laquelle aurait au contraire tendance à invalider le pronostic favorable du [...]. En ce sens, la production du rapport d'hospitalisation aurait été bienvenue. En outre, la Dresse K. _____ a pris position de manière incomplète sur le rapport médical du Dr V. _____, établi au mois d'août 2013, ne discutant pas de la présence ou non d'un trouble dépressif et son éventuelle influence sur la capacité de travail du recourant. S'agissant de l'état de stress post-traumatique, il ressort de la classification internationale des maladies (CIM) que son évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas, dans certains d'entre eux le trouble pouvant présenter une évolution chronique durant de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité (cf CIM, F43.1). Or, le psychiatre traitant a posé ce dernier diagnostic, que l'expert K. _____ a envisagé comme plausible, tout en considérant qu'aucun signe chronique ne restreignait une exigibilité professionnelle. Cependant, elle n'a retenu, à titre de diagnostic, qu'un syndrome de stress post-traumatique actuellement en rémission complète et n'a pas développé les éléments qui autorisaient de conclure à une pleine exigibilité professionnelle nonobstant le diagnostic potentiel de modification durable de la personnalité. Concernant la discussion relative aux troubles somatoformes douloureux, l'analyse de l'experte reste sommaire et également basée sur les anciens critères jurisprudentiels. L'expertise en question n'est au demeurant pas suffisamment exhaustive afin d'être appréciée sur la base des nouveaux critères développés dans l'arrêt ATF 141 V 281, comme l'intimé en a tenté l'exercice dans sa réponse du 20 mars 2018.

Plus particulièrement, on ne saurait se fonder sur l'anamnèse telle que rapportée par l'experte. En effet, le témoignage écrit de la fille du recourant dépeint une situation familiale et sociale en contradiction flagrante avec celle retenue par la Dresse K._____. Certes, sa portée doit être relativisée au vu de sa forme et du lien de parenté. Il est également possible que la vie sociale et familiale de l'assuré ait changé depuis 2014. Il n'en demeure pas moins que cette nouvelle pièce exclut de pouvoir se prononcer sur la base de l'expertise quant aux indicateurs jurisprudentiels concernant la cohérence, soit la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie du recourant. A cela s'ajoute que, depuis l'expertise psychiatrique, l'assuré a vu son état dépressif s'aggraver par deux fois, au printemps 2015 et en automne 2015.

S'agissant ensuite de la problématique de la médication de l'assuré, il doit être retenu qu'aucun document présent au dossier ne permet de connaître la réponse effective du recourant au traitement, sous réserve du nouveau diagnostic de dépendance aux opiacés, qui confirme l'absorption de neuroleptiques. L'existence d'une résistance au traitement relève avant tout d'une appréciation médicale dont on ne dispose en l'occurrence pas. Sur ce point, il n'est pas suffisant d'évoquer un traitement inadapté. Enfin, le dernier avis SMR du 30 avril 2018 admet implicitement la nécessité d'un nouvel avis psychiatrique.

c) En résumé, les pièces au dossier ne permettent pas de se prononcer sur la base des critères de l'arrêt 141 V 281 en matière de troubles somatoformes douloureux, ni sur la base des arrêts ATF 143 V 418 et ATF 143 V 409. La mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique est en l'espèce nécessaire.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe

de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des lacunes de l'instruction, les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI, auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA) ; le devoir d'instruction s'étendant jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier sur le plan médical par une évaluation psychiatrique.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 2'100 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD). Ils couvrent le montant de la liste des opérations produite par le conseil d'office du recourant en date du 1^{er} mai 2018, de telle sorte qu'aucune indemnité n'est due au titre de l'assistance judiciaire accordée au recourant par décision du 19 février 2018.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 17 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** 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 I. _____ la somme de 2'100 fr. (deux mille cent francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Cesare Lepori, pour le recourant,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédéral des assurances-sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :