

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 juin 2022

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mmes Silva et Saïd, assesseures  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**U.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourant, représenté par Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4, 28, 29 et 69 al. 1bis LAI ; 6, 7, 8, 61 let. g LPGGA**

## **E n f a i t :**

**A.** U.\_\_\_\_\_, né en 1971, originaire d'Afghanistan, domicilié en Suisse depuis 1980, au bénéfice d'un permis C (ci-après : l'assuré ou le recourant) séparé et père de deux enfants désormais majeurs, a occupé différents emplois en alternance avec des périodes de chômage. En 2008, il a repris la gestion d'une vidéothèque à titre indépendant, activité qui a pris fin en 2011. L'assuré n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis lors.

Le 27 janvier 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en invoquant un « burn out » à la suite de la fermeture de son commerce. Il a exposé souffrir de vertiges, d'insomnie, de crises d'angoisse, d'anxiété, de troubles de la concentration et de la mémoire, en précisant que cette atteinte à la santé existait depuis longtemps mais qu'elle s'était péjorée avec le temps.

Dans un rapport daté du 26 février 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a déclaré recevoir l'assuré à sa consultation depuis le mois de mars 2014, en précisant que l'intéressé était préalablement suivi par une psychologue du Centre des S.\_\_\_\_\_. Il a indiqué comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un trouble de la personnalité dépendante (F60.7), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne (F33.1), et un trouble dissociatif sans précision (F44.9), tous trois existant depuis l'adolescence. Selon lui, l'incapacité de travail de l'assuré était de 100 % de 2011 à mars 2014 et de 50 % depuis lors. Au titre des limitations fonctionnelles, il a indiqué une susceptibilité, un sentiment de rejet, des difficultés à gérer ses émotions, une hypersensibilité au stress et l'apparition périodique de phases de décompensation.

L'assuré a suivi plusieurs mesures en vue d'une réadaptation professionnelle, sans parvenir à les mener à terme. Par avis du 1<sup>er</sup> juin 2016, le Dr N.\_\_\_\_\_ du Service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique au motif que les éléments médicaux au dossier étaient trop peu étayés pour permettre de poursuivre l'instruction.

Le 24 novembre 2017, la Dre O.\_\_\_\_\_ de B.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise. Elle n'y retient aucune atteinte à la santé psychique ayant un effet sur la capacité de travail de l'assuré mais un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte en 2014, résolu depuis 2015. Elle a précisé que l'assuré disposait de ressources personnelles et que l'expression des troubles, notamment au niveau des angoisses nocturnes, des troubles du sommeil, de la fatigue matinale, de l'impulsivité et de son caractère explosif ne présentait pas de « substratum » à une restriction de la capacité de travail, les symptômes décrits étant de faible intensité et, pour certains d'entre eux, à distance des événements causals, n'ayant aujourd'hui plus qu'un caractère séquellaire. Dans l'annexe à l'expertise, intitulée « déclarations de la personne assurée », l'assuré a notamment indiqué que les divers médecins de la Permanence psychiatrique de [...] avaient diagnostiqué un « trouble bipolaire de type 2 » en 2007 et que la psychologue du Centre des S.\_\_\_\_\_ qui l'avait suivi ensuite avait également retenu un tel diagnostic, ainsi qu'un trouble dissociatif. Il a par ailleurs exposé que, durant la journée, son humeur changeait tout le temps, de triste à mélancolique puis colérique, exalté, euphorique, sans aucune raison apparente.

Dans un avis SMR du 13 février 2018, le Dr N.\_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions de l'expertise effectuée par la Dre O.\_\_\_\_\_, à savoir une capacité de travail exigible à 100 % dès le 24 novembre 2017 et, auparavant, une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle depuis le 1<sup>er</sup> mars 2014. Selon lui l'évaluation était conforme aux critères définis par la jurisprudence.

Par projet de décision du 26 février 2018, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> août 2015 au 28 février 2018.

Par courrier du 29 mars 2018, l'assuré a contesté le projet de décision, estimant ne disposer d'aucune capacité de travail.

Le 15 mai 2018, le nouveau psychiatre traitant de l'assuré, le Dr K.\_\_\_\_\_, a envoyé à l'OAI un rapport médical dans lequel, après avoir exposé l'anamnèse personnelle et professionnelle de son patient, il pose les diagnostics de trouble bipolaire de type I, épisode actuel mixte (F31.6), ainsi que de troubles hyperkinétiques de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0). Selon lui, la capacité de travail de l'assuré est inexistante. Il expose que, compte tenu des nombreux échecs de réinsertion professionnelle, de la complexité et de la gravité des symptômes (dépressifs, bipolaires, hyperactifs et des troubles de l'attention et de la concentration) ainsi que du peu d'évolution malgré les multiples suivis psychothérapeutiques, son pronostic est réservé. Cela étant, le Dr K.\_\_\_\_\_ a requis de l'OAI qu'il reconsidère son projet de décision du 26 février 2018.

La contestation et le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ ont été soumis pour avis contradictoire à l'appréciation de l'experte psychiatre, laquelle s'est déterminée le 21 septembre 2018. Elle a infirmé les diagnostics retenus par le psychiatre traitant. En ce qui concerne le diagnostic de trouble bipolaire I, elle a considéré qu'il ne reposait que sur les limitations décrites par le psychiatre traitant, lesquelles n'étaient avérées que sur le plan de l'emploi et non dans les autres domaines de la vie de l'assuré. A cet égard, elle a relevé que l'assuré était actuellement attentif à son hygiène alimentaire et à ses enfants, qu'il cuisinait pour eux, était un père présent et responsable, gérait bien sa maison et faisait du sport trois fois par semaine. S'agissant du diagnostic du trouble de l'attention, l'experte a relevé qu'un tel trouble provoquait des difficultés d'apprentissage dès la plus tendre enfance et que les adultes en souffrant présentaient une discontinuité dans leurs fonctionnements sur le plan social et privé. Elle a exposé que lors de leur entretien l'assuré avait décrit ce trouble sur la

base d'un comportement hyperactif, avec une tendance à faire deux heures de sport trois fois par semaine, ce qui ne pouvait être retenu comme un diagnostic de trouble du déficit de l'attention, d'autant plus qu'il avait suivi des formations de base et qu'il travaillait actuellement bénévolement en tant que traducteur dans une association, activité qui sollicite de l'attention et de la concentration. Au surplus, elle a souligné le fait que l'assuré n'avait pas reçu de traitement pour ce trouble et que son aptitude à prendre soin de ses enfants et de son ménage entraînait en contradiction avec un tel trouble.

Par courrier du 11 novembre 2018, l'assuré a transmis à l'OAI un document intitulé « Résumé fin de prise en charge » établi le 9 septembre 2008 par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ du Département de psychiatrie du V.\_\_\_\_\_. Il ressort de cette pièce que l'assuré leur avait été adressé pour une prise en charge en 2007. Ils avaient alors posé le diagnostic de trouble affectif bipolaire de type I, dernier épisode constaté hypomane. L'assuré avait refusé tout traitement, étant relevé qu'il présentait une absence de conscience morbide.

Dans un avis SMR du 27 novembre 2018, le Dr N.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'après analyse objective de la réponse de l'experte Dre O.\_\_\_\_\_ au rapport du psychiatre traitant, la décision initiale retenant une capacité de travail totale dans toute activité pouvait être maintenue, l'experte ayant procédé à une analyse objective, circonstanciée et argumentée, en expliquant la position retenue dans son expertise et en relevant notamment la part subjective dans l'analyse et les diagnostics retenus par le Dr K.\_\_\_\_\_.

Par lettre du 21 janvier 2019, l'OAI a informé l'assuré de ce qui suit (sic) :

« Après avoir transmis votre contestation, ainsi que les arguments du médecin traitant psychiatre à l'expert du B.\_\_\_\_\_, puis soumis une nouvelle fois tous ces éléments médicaux au Service Médical Régional AI, il ressort à l'absence de diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail, ceci en raison que le trouble psychique incapacitant au sens de l'AI est résolu. En effet, vous avez des ressources pour travailler bénévolement en tant que traducteur

dans une association de migrants afghans, cette activité sollicite de l'attention et de la concentration, et vous pouvez vous occuper de vos enfants et cuisinez pour eux, vous les conduisez également en voiture à leurs activités respectives, ayant les compétences et les ressources personnelles.

Au vu de ce qui précède, votre contestation ne nous apporte aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de notre position. Notre projet repose sur une instruction complète sur le plan médical et économique et est conforme en tous points aux dispositions légales. Il doit donc être entièrement confirmé.

Par conséquent, vous recevrez prochainement une décision contre laquelle il vous sera loisible de recourir selon les modalités mentionnées dans ladite décision.

Le contenu du présent courrier fait partie intégrante de notre décision. »

Par décision du 15 mars 2019, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité pour la période allant du 1<sup>er</sup> août 2015 au 28 février 2018.

**B.** Par acte du 17 avril 2019 de son conseil, Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne, U.\_\_\_\_\_ a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision du 15 mars précédent en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité calculée sur un taux de 100 % lui est allouée dès et y compris le 15 août 2015. Subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants de l'arrêt à intervenir et nouvelle décision. Le recourant reproche en substance à l'intimé de s'être fondé sur les conclusions de l'experte du B.\_\_\_\_\_ alors que celles-ci divergent de celles de ses psychiatres traitants. A cet égard, il relève que dites divergences ne se limitent pas à l'appréciation du caractère invalidant ou non des affections retenues, mais aux diagnostics eux-mêmes. Il soutient que l'anamnèse retenue par l'experte est lacunaire. Elle omet notamment de mentionner que le rapport établi par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ retenait déjà comme diagnostic un trouble affectif bipolaire de type I, diagnostic qui a été confirmé par son nouveau psychiatre traitant, le Dr K.\_\_\_\_\_. Pour exclure ce diagnostic, l'experte a indiqué, dans son rapport complémentaire du 19 septembre 2018, que « le médecin psychiatre s'est appuyé, pour construire l'anamnèse,

uniquement sur les dires et la description subjective de la personne assurée et ne se base pas sur des comptes rendus médicaux ou des constats objectifs. Cela infirme totalement ce diagnostic ». Selon le recourant, la seule lecture du rapport médical de 2008 aurait dû amener l'intimé à reprendre l'instruction du dossier en invitant son expert à réévaluer la situation à la lumière de cet élément nouveau qui infirme l'ensemble de son raisonnement, ce qui n'a pas été fait. Le recourant a notamment produit le rapport médical établi par son psychiatre traitant le 22 mars 2019, dans lequel ce dernier explique en détails pourquoi il ne partage pas l'opinion de l'experte du B.\_\_\_\_\_ en ce qui concerne notamment l'anamnèse et les diagnostics en rapport avec celle-ci.

Par ordonnance du 25 avril 2019, la juge instructrice de la Cour des assurances sociales a fait droit à la requête du recourant et lui a octroyé le bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 17 avril 2019, lequel comprend l'exonération d'avances et des frais judiciaires ainsi que l'assistance d'un avocat en la personne de Me Joël Crettaz.

Par réponse du 28 mai 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il soutient que le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ du 22 mars 2019 n'apporte qu'un point de vue divergent de celui exprimé dans le rapport d'expertise du B.\_\_\_\_\_ concernant l'exclusion du diagnostic de trouble bipolaire de type I et du trouble du déficit de l'attention, opinion déjà exprimée par le psychiatre traitant dans son rapport du 15 mai 2018 et que l'experte du B.\_\_\_\_\_ a écartée dans son complément d'expertise.

Dans son mémoire complémentaire du 19 juin 2019, le recourant confirme ses conclusions. Il soutient que le diagnostic de trouble bipolaire I retenu par le Dr K.\_\_\_\_\_ a été confirmé par au moins quatre de ses confrères, soit non seulement par les Dr Z.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, qui l'avaient posé en septembre 2008 déjà, mais également par son précédent psychiatre, le Dr F.\_\_\_\_\_, qui, dans un courrier qu'il a adressé au SMR le 5 mars 2019, produit en annexe, indiquait que ce diagnostic de trouble bipolaire était déjà présent à son esprit en 2015 et qu'il avait engagé un traitement spécifique pour traiter ce trouble. Le recourant

estime que la situation tient de la caricature dès lors qu'un expert psychiatre, qui a reçu à sa consultation un assuré durant une heure et quart, exclut un diagnostic confirmé par cinq de ses confrères depuis plus de dix ans. Selon lui, l'intimé aurait dû reconsidérer la pertinence du travail de l'expert sur la base de ce seul élément.

Par duplique du 8 juillet 2019, l'intimé a maintenu ses conclusions. Il conteste en substance l'appréciation du recourant selon laquelle l'experte psychiatre aurait fondé son raisonnement sur une anamnèse lacunaire qui passe sous silence son suivi médical.

**C.** Par courrier du 16 juillet 2019, la juge instructrice a informé les parties qu'au vu de l'importante divergence sur le diagnostic, elle ordonnait une expertise psychiatrique et leur a imparti un délai pour faire des propositions d'experts et déposer un questionnaire.

A la suite de plusieurs échanges d'écritures, un premier expert psychiatre a été désigné, qui n'a finalement pas donné suite au mandat.

Par courrier du 2 juin 2020, la juge instructrice a désigné la Dre X. \_\_\_\_\_ en qualité d'experte psychiatre dans la présente cause. Celle-ci a déposé son rapport le 30 décembre 2020. Après avoir indiqué, au titre d'incohérences, qu'il n'y a pas de « description de signe objectif des pathologies signalées par Monsieur, en particulier de type bipolaire ou de TDA/H », l'experte retient les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.3) et de trouble hyperkinétique des conduites avec composante hyperactive/impulsive prédominante (F90.1). Elle expose qu'un suivi psychologique sur la gestion des émotions et des angoisses et l'élaboration de stratégies adaptées au TDA/H du recourant ainsi que des exercices de remédiation cognitive permettraient d'améliorer ses compétences. L'experte judiciaire retient une incapacité totale de travail jusqu'au 31 mars 2021, en précisant qu'il lui est difficile d'évaluer rétrospectivement de manière précise la capacité de travail antérieure. A partir du 1<sup>er</sup> avril 2021, elle retient une capacité de 40 %, suivie d'un palier à 60 % avec suivi et réévaluation de l'évolution de

la symptomatologie de l'assuré. Tout en indiquant qu'au-delà de 80 %, une réévaluation de la capacité de travail serait nécessaire selon l'évolution des symptômes, l'experte relève qu'il n'est pas exclu que le recourant conserve, malgré les thérapies adaptées, une incapacité de travail de 30 %, voire de 40 %, comme décrit par la psychologue ayant collaboré à l'expertise.

Dans ses déterminations du 18 janvier 2021, l'intimé indique avoir soumis le rapport d'expertise au SMR. Celui-ci a notamment relevé que l'experte judiciaire n'avait pas expliqué les motifs pour lesquels elle s'écartait de l'évaluation de la Dre O. \_\_\_\_\_, que sa démarche menant aux diagnostics retenus n'était pas clairement démontrée, que l'expertise était plus que lacunaire en l'absence d'une démarche structurée des preuves comme l'exige la jurisprudence, que la reprise du travail à partir du 1<sup>er</sup> avril 2021 - prospective - n'était pas expliquée, pas plus que l'évolution de la capacité de travail. Se fondant sur cet avis, l'intimé conclut que l'expertise judiciaire n'a pas de valeur probante et qu'il ne lui est pas possible de se distancier des résultats de l'instruction qu'il a menée.

Dans un mémoire complémentaire du 1<sup>er</sup> mars 2021, le recourant relève que l'expertise judiciaire n'a pas apporté d'éléments scientifiques qui permettraient d'expliquer la raison pour laquelle l'experte a exclu le diagnostic de trouble bipolaire en retenant un diagnostic qui n'a jamais été évoqué par aucun médecin, que la capacité de travail retenue est par ailleurs en contradiction avec ses propres constatations et celles de la psychologue associée à l'expertise, de sorte que cette conclusion n'est pas sérieuse.

Par courrier du 23 mars 2021, l'intimé a indiqué constater que le recourant critiquait l'expertise judiciaire sur laquelle il s'était lui-même exprimé le 18 janvier précédent et auquel il renvoyait, n'ayant pas d'autre commentaire à formuler.

Dans ses déterminations du 29 mars 2021, le recourant indique que l'expertise judiciaire de la Dre X.\_\_\_\_\_ fait l'unanimité contre elle, les deux parties s'accordant à relever que l'experte n'a pas fourni d'explications scientifiques à l'exclusion du diagnostic de trouble bipolaire de type I, pourtant retenu ou à tout le moins évoqué par pas moins de six médecins, ni sur l'exclusion du diagnostic retenu par la Dre O.\_\_\_\_\_. Il fait encore notamment valoir que les parties semblent également s'accorder sur le fait que l'experte judiciaire n'est pas au fait des conditions dans lesquelles une invalidité est susceptible d'être retenue, pour conclure qu'il y a lieu de retrancher le rapport d'expertise de la Dre X.\_\_\_\_\_ et de mettre en œuvre une nouvelle expertise judiciaire.

Par courrier du 30 mars 2021, la juge instructrice, se référant aux déterminations des deux parties, a informé celles-ci qu'elle ordonnait une seconde expertise, qu'elle entendait désigner la Dre Q.\_\_\_\_\_ en qualité d'experte et qu'elle leur impartissait un délai au 14 avril 2021 pour déposer leurs déterminations.

Dans ses déterminations du 12 avril 2021, l'intimé relève en substance que la proposition du recourant tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire représente la meilleure option.

Dans ses déterminations déposées dans le délai prolongé, le recourant indique ne pas disposer d'information au sujet de la Dre Q.\_\_\_\_\_.

**D.** Par courrier du 26 avril 2021, la juge instructrice a informé les parties qu'elle désignait la Dre Q.\_\_\_\_\_ en qualité d'experte, en relevant que celle-ci avait déjà fonctionné à plusieurs reprises pour la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois.

La Dre Q.\_\_\_\_\_ a déposé son rapport d'expertise le 13 décembre 2021. Elle expose à titre liminaire que dit rapport se fonde sur les quatre entretiens qu'elle a eus avec le recourant, sur la lecture de son dossier médical et assécurologique, sur un entretien téléphonique avec le

psychiatre traitant de l'assuré ainsi que sur une discussion concernant sa situation avec le Prof. P. \_\_\_\_\_ du V. \_\_\_\_\_, spécialisé dans les troubles bipolaires et anxieux. Après avoir mentionné les éléments anamnestiques et les plaintes du recourant, l'experte a posé comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : un trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (F31.6), en rémission partielle, et une suspicion d'une anxiété généralisée (F41.1). Dans la partie discussion, elle a notamment exposé ce qui suit (sic) :

« Au terme de mon investigation, je retiens chez l'expertisé les diagnostics de trouble bipolaire, avec une atteinte actuelle de l'ordre d'un épisode mixte en rémission partielle. Ajouté à ce diagnostic, je mets en évidence une pathologie anxieuse manifeste, sans pouvoir déterminer s'il s'agit d'un diagnostic caractérisé d'anxiété généralisée, ou si cette symptomatologie fait partie du tableau clinique du trouble bipolaire qui n'est actuellement pas stabilisé.

Il est important de garder à l'esprit le contexte social et familial de l'expertisé. En effet, M. U. \_\_\_\_\_ est issu d'une famille du milieu monarchique et élitiste afghan. Durant son enfance, il relate plusieurs vécus traumatiques propres à mettre à mal un développement psychologique harmonieux. Il évoque ses difficultés d'attachement à une mère bipolaire, les exigences et violences de son père vis-à-vis de sa mère et lui, l'agression sexuelle dont il dit avoir été victime, enfin la fuite de l'Afghanistan. L'enfance de l'expertisé a été suffisamment traumatique pour que plusieurs thérapeutes lui diagnostiquent un psycho traumatisme sous la forme d'un trouble dissociatif, sur lequel je reviendrai. Si je ne retiens pas un tel diagnostic, j'estime néanmoins que la symptomatologie anxieuse observable chez M. U. \_\_\_\_\_ et qui sera explicitée par la suite, trouve probablement son origine dans ce vécu traumatique multifactoriel.

A l'âge de 16-17 ans, au début de son gymnase, l'expertisé a développé une symptomatologie typique de celle du trouble bipolaire. Il décrit une alternance de moments de dépression sévère et de moments d'euphorie, puis de phases où l'irritabilité prédomine, avec un mélange de dépression et d'élévation de l'humeur. Les descriptions de l'expertisé de son vécu quant à certains aspects de son trouble bipolaire sont aussi typiques, mais peu connus du grand public, soit une augmentation des phases dépressives durant l'hiver et au contraire une augmentation des phases maniaques durant l'été, et l'amélioration de la symptomatologie par le sport. En effet, durant les phases dépressives, l'activité physique améliore durant quelques heures le vécu dépressif, alors que durant les phases maniaques, les sujets se sentant invincibles, sont capables de prouesses physiques démesurées. Par ailleurs, il décrit une augmentation des « coups de sang » quand il était sous traitement antidépresseur seul, phénomène en effet connu, les antidépresseurs étant à proscrire chez les sujets atteints d'un trouble bipolaire car ils peuvent engendrer des virages maniaques ou dysphoriques, comme c'est le cas chez M. U. \_\_\_\_\_.

Les descriptions symptomatiques que relate l'expertisé, typiques de ce trouble, sont corroborées par plusieurs intervenants au cours de ces 20 dernières années. [...]

Il est intéressant de noter que les notes du dossier AI en 2015 corroborent ce diagnostic en décrivant clairement une phase maniaque : on lit que M. U. \_\_\_\_\_ était « *énervé avec un débit de paroles accéléré, presque incompréhensible, avec des montées dans les aigus* », il avait « *régulièrement des projets irréalistes et n'a jamais réussi à mettre en place quoi que ce soit qui tienne* ». La conseillère OSEO relevait que l'expertisé ne pouvait répondre aux exigences de ce programme, qu'il était susceptible, avait des difficultés relationnelles et des accès de colère. Les intervenants RESSORT évoquaient qu'en cas de rechute, il devenait agressif et susceptible, incapable de se calmer et réfléchir, avec de la colère et des attaques verbales car il n'arrivait pas à mettre des limites à temps. Mme [...], psychologue intervenante dans le cadre de l'OAI, relatait dans ses annotations que l'entretien était difficile à mener tant l'assuré avait « *un flot verbal rapide, passant d'une idée à une autre sans écouter les questions* » qui lui étaient posées, devant l'interrompre « *assez durement pour qu'il se calme.* » [...]

L'ensemble de ces observations extérieures, corroborant pleinement les propos de l'expertisé, permettent de poser le diagnostic de trouble bipolaire avec un haut degré de certitude. Le trouble bipolaire de l'expertisé s'est manifesté par des phases dépressives, parfois sévères et parfois avec symptômes psychotiques, caractérisées par une apathie, une aboulie, une anhédonie, une perturbation du sommeil, une diminution de la concentration et de l'attention, allant chez l'expertisé jusqu'au sentiment d'être déconnecté, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, de l'anxiété, du désarroi, des préoccupations hypocondriaques [...], un manque de réactivité émotionnelle, une incapacité à savoir comment s'habiller de manière cohérente par rapport à la saison ; et des phases de manie sans symptômes psychotiques caractérisées par une élévation de l'humeur, une agitation, une augmentation de l'énergie, une hyperactivité, une logorrhée, une réduction des besoins en sommeil, une levée des inhibitions sociales, une distractibilité, une augmentation de l'estime de soi avec un sentiment d'invincibilité, un optimisme excessif, une augmentation de la libido, des achats excessifs, le fait de s'habiller avec des couleurs très vives, etc. La mise en danger sur le plan social, comme c'est le cas lorsque l'expertisé s'est lancé dans un commerce en se croyant tout puissant, sans écouter les recommandations de ses proches, est également parfaitement compatible avec le diagnostic de trouble bipolaire de type I.

Un certain nombre d'épisodes de décompensation du trouble bipolaire de l'expertisé se présentent avec une intrication ou une alternance rapide de symptômes dépressifs et maniaques (son sentiment « *de faire les 4 saisons* » sur une même journée), avec de manière marquée, une hypersensibilité dite dysphorique à l'environnement, avec une irritabilité, le sentiment d'être à cran, le fait de ne supporter aucune remarque. Ces épisodes sont qualifiés de mixtes et sont représentatifs de ce que vit l'expertisé actuellement, mais de manière moindre grâce au traitement.

Se pose alors la question de savoir pourquoi ce diagnostic n'a été posé qu'après plus de trente ans et pourquoi il fait polémique. Les hypothèses que je retiens sont d'abord la difficulté inhérente à l'expertisé lui-même d'accepter sa maladie. Son éducation et les attentes de ses proches ont certainement contribué à rendre inacceptable pour lui le fait d'être incapable de réaliser des projets de vie. Peut-être qu'il était aussi difficile pour ses parents et notamment son père, d'accepter que leur fils ne pouvait répondre à leurs attentes et suivait le même chemin que sa mère. Si les propos de l'expertisé sont vrais, dès l'apparition des symptômes, on lui aurait dit qu'il n'avait aucune maladie et qu'il devait se battre pour réussir dans sa vie. Cette non-reconnaissance de son entrave psychiatrique à son accomplissement dans l'existence a péjoré l'estime et la confiance qu'il avait en lui-même et favorisé dans les moments de manie, la fuite de toute aide psychiatrique ou médicamenteuse quand il s'agissait d'accomplir un rêve (vidéothèque) ou d'accéder à un travail qui le normaliserait (coach sportif, spécialiste en cinématographie).

Le but de M. U. \_\_\_\_\_ était de travailler, se rendre utile et avoir une famille équilibrée. Il ne donnait ainsi pas tous les éléments à ses psychiatres, notamment au Dr F. \_\_\_\_\_ pour diagnostiquer son trouble bipolaire. Cela mettait en jeu des aspects très profondément ancrés, le rendant incapable d'accepter le fait de souffrir d'une maladie psychiatrique qui allait l'empêcher, comme sa mère, de s'accomplir et être heureux dans la vie. Il n'y a guère que le sport qui trouvait grâce à ses yeux, répondant aux valeurs inculquées par son père. Même si le Dr F. \_\_\_\_\_ n'a pas diagnostiqué le trouble bipolaire à l'époque, il l'avait en tête comme il l'a verbalisé et comme en témoigne sa tentative de traitement par Lamictal, médicament reconnu dans le traitement des troubles bipolaires à prédominance dépressive.

Bien que le tableau clinique du trouble bipolaire soit très clair, il est compliqué par la dimension anxieuse de l'expertisé. Cette dimension, très présente chez M. U. \_\_\_\_\_, n'est pas habituellement décrite dans la clinique typique des sujets bipolaires. On observe effectivement chez lui une angoisse constante vis-à-vis de tout ce qui l'éloigne de sa routine habituelle, avec des anticipations catastrophistes face à tous les obstacles qu'il rencontre. L'anxiété est flottante, avec des angoisses qu'il décrit lui-même comme irrationnelles, sans objet précis. Il se fait du souci pour tout et s'attend à des malheurs divers. Il verbalise des tensions motrices avec agitation, céphalées de tension, incapacité à se détendre ; des troubles neurovégétatifs sous forme des palpitations, transpiration, étourdissements, démangeaisons. La journée, les angoisses sont moins présentes, selon lui parce qu'il parvient à les palier par l'activité, notamment sportive. Il supporte mal le silence qui l'amène à ruminer, mais la journée, il met de la musique ou la télévision pour combler le vide. Ces caractéristiques sont décrites dans le trouble anxiété généralisée, mais elles peuvent aussi faire partie de la composante dépressive du trouble bipolaire encore mal stabilisé. Comme la pathologie bipolaire de M. U. \_\_\_\_\_ n'est pas suffisamment stabilisée pour savoir ce qu'il resterait de la dimension anxieuse le cas échéant, la question de savoir si les manifestations anxieuses sont de l'ordre du trouble bipolaire ou d'un diagnostic séparé d'anxiété généralisée, ne peut être tranchée actuellement.

Le Prof. P. \_\_\_\_\_ est formel tant par rapport à la présence d'un trouble bipolaire chez M. U. \_\_\_\_\_, que par rapport au traitement le plus approprié de cette pathologie, à savoir les dérivés du lithium. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a préféré tenter un traitement neuroleptique de quetiapine, aussi indiqué dans le traitement des troubles bipolaires, mais de manière moins efficace et avec comme effet secondaire une prise de poids encore plus importante que celle reconnue au lithium. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a justifié son choix par la crainte de la prise pondérale, par les réticences de son patient par rapport aux risques rénaux du traitement au lithium, et par la composante anxieuse nocturne qu'il a tenté de juguler par le traitement de quetiapine, reconnu pour ses puissants effets sédatifs. Malgré l'indication reconnue de la quetiapine dans le traitement du trouble bipolaire, il paraît nécessaire de tenter de lui substituer le lithium, afin de chercher une meilleure stabilisation symptomatique de l'expertisé.

La maladie de l'expertisé n'a jamais été complètement stabilisée en raison principalement de son refus de l'accepter, d'investir un suivi psychiatrique par le passé et d'accepter les traitements qui lui étaient proposés. Grâce au chemin thérapeutique parcouru, à l'heure actuelle, M. U. \_\_\_\_\_ a accepté le diagnostic et le traitement de quetiapine, malgré les effets secondaires difficiles à gérer pour lui, à savoir la prise de poids, et il se dit prêt à tenter l'introduction du lithium pour tenter de mieux stabiliser son trouble. Il est difficile de prédire après tant d'années de maladie active, quel sera le résultat du traitement. Par ailleurs, si le trouble bipolaire vient à être stabilisé, qu'en sera-t-il des symptômes anxieux que présente l'expertisé et qui sont aussi invalidants. En outre, s'il s'avère qu'il présente effectivement un trouble d'anxiété généralisée, le traitement de cette atteinte sera rendu délicat par la présence du trouble bipolaire, dans la mesure où le traitement reconnu pour l'anxiété généralisée est l'antidépresseur, et que cette molécule est à proscrire chez les bipolaires. Le Prof. P. \_\_\_\_\_ recommande alors la pregabaline comme traitement de l'anxiété chez M. U. \_\_\_\_\_.

La durée de la maladie et la comorbidité anxieuse rendent le pronostic défavorable.

Qu'en est-il des autres diagnostics évoqués par les psychiatres et experts dans la situation de M. U. \_\_\_\_\_. L'experte O. \_\_\_\_\_ retenait uniquement un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte apparu en 2014 et résolu en 2015. [...] A mon sens, une expertise fondée sur une rencontre si brève de l'expertisé, sans prise en considération des éléments de l'hétéro-anamnèse médicale, ou des éléments pertinents que comporte le dossier AI, ne peut être considérée que comme incomplète.

L'expertise de la Dre X. \_\_\_\_\_ met en exergue cliniquement certains aspects pathologiques de l'expertisé, soit ces variations d'humeur, ses affects dépressifs et son irritabilité, mais elle interprète à mon sens de manière erronée ces éléments, en posant un diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, une dysthymie et un diagnostic de trouble hyperkinétique, présentation hyperactive/impulsive. Le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline est

caractérisé comme son nom l'indique par une labilité émotionnelle qui, à l'inverse du trouble bipolaire, est contextuelle. Un événement, ou une interaction relationnelle conduit aux variations d'humeur du sujet borderline, alors que le sujet bipolaire vit l'alternance de phases dépressives et maniaques sans explications contextuelles. M. U.\_\_\_\_\_ explique passer d'une humeur dépressive à l'élévation de l'humeur ou l'irritabilité sans aucune explication environnementale à ce changement. Par ailleurs, il est caractéristique des sujets borderline de s'engager dans des relations intenses et instables pour éviter les abandons, ce qui n'est pas le cas de M. U.\_\_\_\_\_, qui est resté 14 ans avec son épouse et qui, suite à leur rupture, n'a jamais cherché à se remettre en couple. Il ne décrit pas les sentiments permanents de vide propres aux borderline, et préfère rester seul plutôt que se confronter à autrui.

Je ne retiens pas non plus le diagnostic de trouble hyperkinétique avec déficit de l'attention (communément appelé TDAH). Enfant, l'expertisé se décrit effectivement comme ayant « *la bougeotte* » et qu'il était difficile pour ses parents de gérer son énergie. Toutefois, la présence d'un TDAH paraît peu probable, car l'expertisé a bien fonctionné durant son enfance. Il ne lui était pas impossible de se concentrer sur une tâche ou sur un jeu, il a mené à bien sa scolarité, il se décrit même comme bon élève, fait incompatible avec un enfant hyperactif avec déficit de l'attention. De même, actuellement, je n'observe aucun élément symptomatique en faveur d'un trouble constitué. M. U.\_\_\_\_\_ est apte à se concentrer durant des entretiens de deux heures, sans jamais perdre le fil de la discussion, il reste calme dans sa gestuelle. Il raconte pouvoir visionner des films durant des heures sans problème. Il relate que le traitement de Concerta (méthylphénidate) lui a fait du bien, mais les effets qu'il met en avant notamment la diminution de l'appétit, et la perte de poids, sont à mettre sur le compte des effets secondaires de la molécule, plus que des effets attendus du traitement. Par ailleurs, depuis qu'il a cessé le médicament, il n'a pas ressenti de détérioration de son état. Le diagnostic a pourtant été posé tant par la Dre X.\_\_\_\_\_ que par le Dr K.\_\_\_\_\_, en se basant sur la passation de « l'entretien diagnostique pour le TDAH » DIVA 2.0. On note toutefois que la plupart des items peuvent être cotés comme présents chez les sujets atteints d'un trouble bipolaire en raison de l'agitation propre aux phases maniaques et mixtes. [...]. Aux dires du Prof. P.\_\_\_\_\_, les sujets bipolaires sont souvent considérés comme hyperactifs dans l'enfance, car ils sont biologiquement déjà perturbés par leur trouble bipolaire, même si celui-ci ne deviendra cliniquement perceptible que plus tard. [...]

Je ne retiens pas de trouble dissociatif chez l'expertisé, tout en reconnaissant l'ampleur des psycho traumatismes vécus dans son enfance et qui ont participé au développement de la symptomatologie anxieuse qu'il présente encore massivement aujourd'hui. Pour rappel, le trouble dissociatif est un trouble caractérisé par la perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. Il existe de manière générale chez les sujets dissociés, une altération du contrôle conscient et sélectifs des souvenirs et des sensations. Je n'ai pas retenu un diagnostic caractérisé de trouble dissociatif chez M. U.\_\_\_\_\_, n'ayant pas retrouvé, dans son discours, d'éléments

en faveur d'une telle pathologie. Il n'a jamais fait mention de sentiments de discontinuité dans ses souvenirs, de sensations ne faisant pas partie de la conscience de son identité ou de manifestations corporelles incontrôlables. Et malgré les confrontations durant les entretiens d'expertise susceptibles d'activer les manifestations d'un tel trouble, je n'ai pas observé de « switch » de personnalité, ou de manifestations émotionnelles ou motrices attribuables à un trouble dissociatif. Les seuls éléments qui pourraient évoquer une telle pathologie sont les « absences » dont il s'est plaint à divers moments de sa vie, mais elles survenaient uniquement en période de dépression, elles ne revêtaient pas des moments de discontinuités dans le temps et semblaient plutôt être de l'ordre d'une perplexité ou d'un profond ralentissement psychomoteur en lien avec la dépression.

Je n'ai pas retenu non plus de diagnostic de trouble de la personnalité dépendante, comme l'évoquait le Dr F.\_\_\_\_\_. En effet, M. U.\_\_\_\_\_ ne présente pas les critères nécessaires, à savoir une incapacité à prendre des décisions seul, une subordination de ses propres besoins à ceux dont il dépend, un besoin constant d'être conseillé sur tout ce qui le concerne. Toutefois, durant la période du suivi chez ce psychiatre, M. U.\_\_\_\_\_ était en pleine séparation d'avec son épouse. Celle-ci avait pris un rôle de soutien très important pour l'étayer lors des périodes de dépression, et représentait une réussite familiale qui le valorisait. Outre la tristesse de la séparation, il se plaignait alors de la perte d'un étayage qui pouvait faire penser à des aspects de personnalité dépendants. Par ailleurs, Dr F.\_\_\_\_\_ interprétait l'incapacité de son patient à entreprendre une activité professionnelle par lui-même, ce qui, avec le recul, peut être compris comme son incapacité, du fait de sa maladie décompensée, à répondre aux exigences d'un cadre de travail.

Qu'en est-il de la capacité de travail de M. U.\_\_\_\_\_. De manière globale, on constate que depuis plus de 30 ans M. U.\_\_\_\_\_ souffre d'un trouble bipolaire, peut-être compliqué d'une anxiété généralisée, qui en raison de nombreux facteurs dont le principal a été les difficultés de l'expertisé à se reconnaître comme malade, n'a pas été reconnu et traité de la manière la plus adéquate.

Tous les intervenants ont constaté que M. U.\_\_\_\_\_ n'a jamais réussi à maintenir une activité professionnelle depuis la déclaration de sa maladie. Certes, durant les périodes où il était en phase maniaque, il avait des projets même irréalistes et une envie débordante de travailler, mais les symptômes associés à ces phases, notamment l'irritabilité, ou les phases dépressives durant lesquels il ne pouvait répondre à aucune exigence, comme décrite par les intervenants durant les phases de réinsertion professionnelle, l'ont rendu inemployable au-delà de quelques mois de travail. J'estime que l'expertisé était en incapacité de travail de 100% depuis son signalement à l'OAI. Si le Dr F.\_\_\_\_\_ a apprécié sa capacité de travail comme étant de 50% dans un endroit bienveillant, notamment comme coach sportif, il accédait à la demande de son patient, dans le déni de sa maladie, de travailler à tout prix. On note toute de même que le Dr F.\_\_\_\_\_ était bien conscient des difficultés que son patient allait rencontrer en raison de son irritabilité, ce pourquoi il précise que le travail devait être fait dans

un cadre et avec une hiérarchie « *bienveillants* », qui aurait donc toléré les éclats émotionnels et les variations d'humeur de M. U.\_\_\_\_\_. De plus, si le psychiatre évoquait un travail dans le domaine du sport, c'est probablement parce qu'il se rendait compte que le sport était la seule activité que son patient était capable de tenir sur la durée.

Au vu de ce qui précède, j'estime la capacité de travail de l'expertisé dans le premier marché de l'emploi comme nulle, et ce depuis la déclaration de son trouble bipolaire.

Les limitations fonctionnelles sont inhérentes aux symptômes du trouble bipolaire non stabilisés et aggravées par le tableau anxieux. Mais de manière générale, dans les phases dépressives, sa fatigue, ses moments d'apathie ou de torpeur, son manque de concentration, son absentéisme, ou alors son irritabilité, sa susceptibilité et ses explosions émotionnelles dans les phases mixtes, ou, durant les phases de manie, son activité débordante, sa logorrhée, les aspects inadéquats de son comportement quand il se sent invincible, sont autant de symptômes incompatibles avec une activité professionnelle. Par ailleurs, le tableau anxieux vient s'ajouter aux limitations fonctionnelles, en raison des angoisses constantes de l'expertisé par rapport à tout ce qui le sort de sa routine, angoisses qui l'empêchent de trouver le sommeil en raison de ruminations et qui l'amènent à percevoir tout obstacle comme une catastrophe. »

L'experte a conclu son rapport en répondant aux questions du conseil du recourant, de l'intimé et de la Cour de céans.

Dans ses déterminations du 11 janvier 2022, l'intimé s'est référé à l'avis SMR du 10 janvier précédent, dans lequel il est indiqué ce qui suit :

« L'experte retient que notre assuré présente un trouble bipolaire avec des épisodes dépressifs, maniaques ou mixtes, compliqué d'un tableau anxieux. Il est repris l'ensemble de l'anamnèse de vue de notre assuré depuis son enfance ainsi que la description du suivi psychiatrique de longue date. Il est expliqué en quoi elle s'écarte de certains diagnostics retenus par les psychiatres traitants et les experts notamment en page 6 à 9 et de 28 à 30. Il est conclu qu'actuellement le trouble bipolaire n'est pas suffisamment stabilisé pour permettre une activité professionnelle dans l'économie, que ce trouble est présent et incapacitant depuis le début de l'âge adulte. Un changement de thérapeutique avec l'introduction de Lithium pourrait éventuellement améliorer l'état de santé de notre assuré mais il n'est pas expliqué quelle serait l'éventuelle augmentation de la CT [réd. : capacité de travail] avec ce traitement. Toutefois, il est indiqué que le pronostic reste défavorable en raison de la chronicité des troubles psychiatriques.

### **Conclusion**

Nous n'avons pas de raisons médicales pour nous écarter des conclusions de cette expertise judiciaire qui nous explique en quoi elle s'écarte des conclusions des précédentes expertises notamment celle du B.\_\_\_\_\_. »

Dans ses déterminations du 13 janvier 2022, le conseil du recourant a relevé ce qui suit :

« 1. Dans sa forme, ce rapport satisfait pleinement à tous les réquisits posés par le Tribunal Fédéral en cette matière. Malgré l'histoire médicale longue et complexe de l'assuré, l'experte a rédigé une anamnèse sinon exhaustive à tout le moins aussi complète que possible. Elle a posé un diagnostic, l'a discuté longuement et enfin répondu aux questions qui lui avaient été soumises. Dans sa forme donc, ce document est pleinement recevable.

2. Sur le fond, l'experte confirme les moyens soulevés par le recourant dès l'origine de l'instruction de son dossier par l'intimé, à savoir qu'il est atteint de longue date d'un trouble bipolaire. Pour autant que de besoin, je rappelle que si ce diagnostic avait été exclu par la Dresse O.\_\_\_\_\_, mandatée par l'Office intimé, il avait été confirmé par la quasi-totalité des médecins qui ont été amenés à rencontrer et à suivre l'assuré au fil des années.

3. Dans ses conclusions, l'experte est claire pour admettre que l'état de santé de l'assuré ne lui permet pas d'exercer une quelconque activité lucrative, même une activité qui serait adaptée. Cette incapacité de mettre à profit sa valeur sur le marché du travail remonte à une période fort lointaine, bien antérieure au dépôt de la demande de prestations formulée par le recourant en janvier 2015.

4. Sur la base de ces considérations, la décision entreprise doit, conformément aux conclusions prises dans mon mémoire de recours du 17 avril 2019, être annulée. M. U.\_\_\_\_\_ doit être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité complète dès et y compris le 1<sup>er</sup> août 2015, soit passé le délai d'attente de six mois prévu par l'article 29 LAI.

Pour l'ensemble de ces motifs, mon mandant confirme donc ses conclusions. »

Par déterminations du 20 janvier 2022, le conseil du recourant a rappelé que le rapport d'expertise confirmait l'ensemble de moyens développés dans le cadre du recours, de sorte que ses conclusions devaient être reçues et a regretté que l'intimé n'accepte pas de reconsidérer sa position et d'admettre le bien-fondé dudit recours.

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

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 15 mars 2019 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3.** Le litige porte sur l'octroi au recourant d'une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps à compter du 1<sup>er</sup> août 2015, singulièrement sur l'évaluation de son état de santé et de sa capacité de travail.

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte

d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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.

**b)** L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est

versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**5. a)** Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant 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 (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

**b)** La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

**c)** Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, 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 physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le 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 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 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence 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 (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) 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. 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 (inévitable) 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 et les références citées).

**6.** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste

(FMH [Fédération des médecins suisses]) n'en est en revanche pas une condition (ATF 137 V 210 consid. 3.3.2 et la référence citée ; TF 9C\_269/2012 du 6 août 2012 consid. 3.3.2 et les références citées ; TF 9C\_270/2008 du 12 août 2008 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci. Ce qui précède vaut également pour les rapports établis par un service médical régional de l'assurance-invalidité (TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.2 et les références citées).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

**7. a)** Pour rappel, au vu des importantes divergences d'opinion existant entre l'experte mandatée par l'intimé et les différents spécialistes en psychiatrie ayant suivi le recourant s'agissant tant des diagnostics retenus que de leur répercussion sur la capacité de travail de l'assuré, il

n'était pas possible à la Cour de céans de se prononcer sans ordonner préalablement une expertise judiciaire, ce que les parties n'ont pas contesté. Une première expertise judiciaire, confiée à la Dre X.\_\_\_\_\_, qui retenait un nouveau diagnostic et restait floue quant à la capacité de travail résiduelle du recourant, a été jugée sans valeur probante par les deux parties. Cela étant, la juge instructrice a ordonné une nouvelle expertise judiciaire et a mandaté la Dre Q.\_\_\_\_\_ à cette fin. Invitées à se déterminer à la suite du dépôt du rapport d'expertise le 13 décembre 2021, les deux parties se sont accordées pour lui reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, tant d'un point de vue formel que sur le fond.

**b)** Le rapport d'expertise du 13 décembre 2021 retient comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant : un trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte (F31.6), en rémission partielle, et une suspicion d'une anxiété généralisée (F41.1) (cf. rapport, p. 23). L'experte a exposé en détails les éléments qui l'ont conduite à retenir le diagnostic de trouble affectif bipolaire. Elle s'est non seulement référée à l'anamnèse personnelle, familiale, médicale et personnelle du recourant mais également aux constats cliniques qu'elle a pu faire durant les quatre entretiens qu'elle a eus avec le recourant, aux éléments corroborant son diagnostic tels qu'ils ressortent des notes figurant au dossier de l'OAI (notes dans lesquelles est notamment souligné le caractère impulsif prononcé des changements d'humeur du recourant) et enfin à l'avis professionnel du Prof.P.\_\_\_\_\_, spécialiste en troubles bipolaires et de l'anxiété, qu'elle a consulté dans le cadre de l'expertise. Retenant l'ancienneté de la maladie, le fait que le diagnostic n'ait pu être posé que tardivement notamment en raison du déni morbide du recourant, de l'absence de traitement adéquat de ce fait durant des années ainsi que de l'existence très probable d'une comorbidité anxieuse généralisée difficile à traiter en parallèle, l'experte a estimé que le pronostic était défavorable. Elle a également précisé que la substitution du traitement médicamenteux actuel par l'introduction de lithium, si elle était nécessaire pour chercher une meilleure stabilisation symptomatique du recourant, ne permettait pas de prédire quel serait son résultat sur une

maladie active de longue date (cf. rapport pp. 23 à 28). L'experte judiciaire a encore exposé de façon détaillée les motifs qui l'avaient amenée à écarter les autres diagnostics retenus tant par les psychiatres traitants que par les expertes ayant été appelées à se prononcer dans le cas d'espèce (cf. rapport pp. 28 à 30). Enfin, elle a conclu que le recourant ne disposait d'aucune capacité résiduelle de travail dans quelque activité que ce soit depuis la déclaration du trouble bipolaire. Elle a précisé que les limitations fonctionnelles liées aux nombreux symptômes de la maladie étaient incompatibles avec toute activité professionnelle (cf. rapport pp. 31 et 31).

**c)** Au vu de l'examen des critères de l'ATF 141 V 281, les conclusions de l'experte judiciaire tant en ce qui concerne les atteintes psychiques que présente le recourant que leur gravité et par conséquent leur répercussion sur sa capacité de travail sont convaincantes et emportent la conviction de la Cour de céans, avis que partagent - on le rappelle - tant le recourant que l'intimé.

Sur le plan formel, le rapport d'expertise du 13 décembre 2021 remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Fruit d'un examen approfondi du cas, il repose sur des investigations particulièrement fouillées. S'ouvrant par un rappel du motif de l'expertise, le rapport contient une anamnèse circonstanciée (personnelle, familiale, affective, professionnelle et sociale), décrit le contexte asséculo-logique et médical déterminant, résume les plaintes du recourant, relate l'examen clinique et le status psychiatrique, de même qu'il rend compte des motifs ayant conduit l'experte à écarter les diagnostics retenus précédemment par les autres psychiatres. Il contient une appréciation et une discussion du cas très détaillées ainsi que les réponses aux questions des parties et du Tribunal.

Sur le plan matériel, l'experte judiciaire a examiné la situation à l'aune des différents indicateurs posés par la jurisprudence. Pour parvenir aux diagnostics retenus, elle a pris en compte les plaintes du recourant et les a confrontées à ses constatations objectives, aux

observations figurant dans le dossier asséculo-logique de l'assuré, aux éléments anamnestiques en sa possession et à l'avis d'un spécialiste des troubles psychiatriques retenus. Elle a également pris un soin particulier à exposer les motifs pour lesquels elle retenait les diagnostics posés et leur interaction réciproque et en écartait d'autres. Pour évaluer la capacité de travail du recourant, elle s'est attachée à souligner les éléments cliniques objectifs, telle la durée de la maladie non traitée et son importance et s'est détachée des aspects purement subjectifs. Au final, elle a considéré que le recourant était en souffrance psychique de très longue date mais dans un déni morbide important qui s'explique par son histoire familiale et personnelle. En résumé, l'appréciation de l'experte judiciaire procède d'une analyse détaillée de la situation, cohérente avec les éléments au dossier, fondée sur des constatations objectives et dûment motivée.

**d)** En conclusion, compte tenu d'une totale incapacité de travail en toute activité prévalant depuis la déclaration du trouble bipolaire, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2015, soit six mois après le dépôt de sa demande de prestations AI (art. 29 al. 1 LAI).

**8. a)** En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis et la décision rendue par l'OAI le 15 mars 2019 réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée au recourant à compter du 1<sup>er</sup> août 2015.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**c)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des

frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**d)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 15 mars 2019 est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée au recourant U.\_\_\_\_\_ à compter du 1<sup>er</sup> août 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.** Le recourant U.\_\_\_\_\_ a droit à une indemnité de dépens de 3'000 fr. (trois mille francs), à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Joël Crettaz, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- 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. 1 LTF).

La greffière :