

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 août 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Küng et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

E. _____, à Renens, recourant, représenté par **B.** _____,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 19 [...], marié et père de trois enfants, ayant travaillé comme aide polymécanicien de 1990 à 2003, puis comme gérant d'un restaurant jusqu'en 2012, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 17 octobre 2016, indiquant, sans autre explication, être en incapacité totale de travail depuis le 27 février 2015.

Selon les renseignements téléphoniques pris par l'OAI, l'assuré n'était pas bien psychologiquement, principalement depuis la faillite et la vente de son restaurant en 2012, souffrant de grosse fatigue, de stress et ayant de la peine à sortir de chez lui.

Dans un rapport à l'OAI du 15 janvier 2017, la Dre B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitante, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) depuis 2015, de trouble de la personnalité mixte anankastique et obsessionnel compulsif (F61.0) depuis le jeune âge et de difficultés liées à l'environnement social, difficulté d'adaptation à une nouvelle étape de vie (Z60.0) depuis 2013. Elle a estimé que l'incapacité de travail était totale dans l'activité de gérant de brasserie depuis le 27 février 2015 et que cette activité n'était médicalement plus exigible, soulignant que l'état psychique de l'assuré n'était pas stable pour discuter d'une activité adaptée. Elle a indiqué suivre l'intéressé à raison d'une séance tous les quinze jours. Elle a relevé chez l'assuré une rigidité et un entêtement, une insistance que les autres se conforment exactement à sa manière de faire, un discours recherché et une attitude excessivement conformiste, une intrusion de pensées et d'impulsions importunes s'imposant dans sa vie quotidienne, une indécision, des doutes et une prudence excessive.

Dans un rapport à l'OAI du 13 février 2017, la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère devenu chronique depuis 2008 et ceux sans effet sur la capacité de travail de rachialgies chroniques secondaires aux troubles de l'humeur depuis 2009 et d'hypertension artérielle traitée depuis 2009. Elle a relevé suivre l'assuré pour le volet somatique uniquement, précisant que toute la problématique de l'incapacité de travail de longue durée était à mettre sur le compte de la seule atteinte psychiatrique.

Dans un rapport à l'OAI du 7 juillet 2017, la Dre B._____ a noté une légère amélioration de l'état de santé de l'assuré depuis son dernier rapport, considérant toutefois que la capacité de travail était nulle dans toute activité. Au nombre des limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical, la psychiatre traitante a mentionné ce qui suit : apparition de périodes de phases de décompensation avec des symptômes dépressifs et idéation persécutoire, affect inapproprié, difficultés relationnelles avec les autres, conflits à répétition, même au sein de sa famille, intolérance à l'autorité, rigidité de la pensée, bizarrerie de comportement et de pensées, difficulté à gérer les émotions, intolérance au stress, impulsivité, plaintes d'ordre psychosomatiques, difficulté de concentration sur tâches et oublis, dispersion dans les pensées. La Dre B._____ a en outre relevé que la situation de l'assuré était assez fluctuante, la bizarrerie de son comportement et la rigidité de sa pensée le mettant dans des situations critiques, avec des conflits interpersonnels générant un épuisement psychique, aboutissant à une décompensation quasi psychotique, avec idéation persécutoire, une méfiance et une symptomatologie anxieuse et dépressive, soulignant que le trouble évoluait de façon chronique, avec une intensité fluctuante, qui pouvait évoluer vers une schizophrénie manifeste.

Le 19 septembre 2017, la Dre D._____ a répondu aux questions de l'OAI. Elle a noté que l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis son rapport de février 2017 était stationnaire, soulignant que les

limitations fonctionnelles étaient purement d'ordre psychiatrique et que les affections somatiques n'étaient pas du tout incapacitantes.

L'OAI a mis sur pied une expertise psychiatrique, dans le cadre de laquelle l'assuré a été examiné les 14 et 17 septembre 2018 par le Dr M. _____, psychiatre. Dans son rapport du 2 novembre 2018, l'expert a notamment exposé ce qui suit :

« 6. **Diagnostics**

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique F33.11

Personnalité narcissique F 60.8

Commentaires

Il existe chez cet expertisé une personnalité narcissique, on y trouve également quelques traits paranoïaques. Nous ne sommes pas dans une dépression résistante au traitement ni dans une vénéralité dépressive connue. L'expertisé n'était pas connu auparavant pour des dépressions, son effondrement est essentiellement lié à l'origine à sa situation socio-économique et difficultés à accepter sa nouvelle situation.

Son effondrement narcissique ayant engendré une réaction anxio-dépressive de légère à modérée n'a pas d'effet sur la capacité de travail substantielle.

Personnalité narcissique

Autant la personnalité narcissique semble avoir permis à l'expertisé de réussir, chez lui on trouve quelques traits sensitifs ou paranoïaques qui se sont exacerbés de par la conjoncture de sa situation, le tout ayant entraîné par moment une tendance qui pourrait s'apparenter à du délire, qui n'a pas non plus de conséquences sur la capacité de travail. Il s'agit de traits déjà existants qu'on retrouve même dans l'histoire de l'expertisé depuis son jeune âge qui n'ont jamais empêché ce dernier de pouvoir fonctionner.

7. Evaluation médicale et médico-assurantielle

1. Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris la situation psychique, sociale et médicale actuelle (discussion)

[...]

Arrivé en Suisse en 1982, l'expertisé s'est rapidement adapté au monde du travail, il s'est comporté en excellent travailleur, devenu patron d'un restaurant. En parallèle il a fondé sa propre famille, il n'a pas connu de troubles jusqu'à il y a 3 ou 4 ans lors de la faillite de son fils avec qui il avait investi une partie de ses économies et il a connu une régression narcissique.

Il est à relever que l'assuré a probablement développé peu après la faillite une symptomatologie anxio-dépressive avec la présence de différentes plaintes somatiques non objectivées. Il n'apparaît pas d'autres facteurs précipitants, l'essentiel étant constitué par la problématique de cette faillite. L'assuré n'a pas connu, selon notre anamnèse, de problèmes par rapport à l'éloignement familial, ni de problèmes d'acclimatation socioculturelle, ni de difficultés liées à son adaptation au monde du travail. Sans formation professionnelle

l'assuré a toujours bien travaillé et a exercé différents métiers avec satisfaction.

Nous n'allons pas revenir sur les circonstances de l'expertise qui sont parfaitement détaillées dans la rubrique qui lui est consacrée. L'objectif est de déterminer le ou les troubles psychiatriques présentés par l'assuré, leurs inciden[ce]s sur la capacité de travail et l'opportunité éventuelle d'entreprendre des mesures de réadaptation professionnelles ou pas.

Lors des deux longs entretiens que nous avons eus avec E._____, des tests psychométriques et l'ensemble du dossier nous permettent de statuer de la manière suivante :

L'assuré a présenté un tableau dépressif d'intensité modérée qui apparaît réactionnel à la faillite de son fils à qui il avait prêté une importante somme d'argent. Cette situation a constitué un stress de grande importance compte tenu qu'il s'agissait d'économies en lien à son restaurant, et une nouvelle manière d'accroître ses gains en investissant dans une station de service. La situation s'est médiatisée par l'avènement d'un mouvement anxio-dépressif prolongé qu'on peut considérer comme un trouble de l'adaptation dans un premier temps. Un trouble de l'adaptation selon la CIM-10 est caractérisé par un état de détresse et des perturbations émotionnelles, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou un événement stressant. Le facteur de stress ici consiste en la faillite perpétrée par son fils. Malgré l'absence d'une prédisposition et une grande vulnérabilité, de par la personnalité de l'assuré, cette situation a joué un rôle majeur dans l'avènement et l'apparition d'éléments anxio-dépressifs, qui ont été marqués par une humeur dépressive, des difficultés à faire des projets, à accepter la situation. Par contre il n'y a pas eu de comportements dramatiques ni des actes de violence qui peuvent surgir dans ce genre de trouble. Si certes on peut évoquer un mouvement anxio-dépressif, il n'y a pas eu de tentatives de suicide chez l'expertisé, mais la présence d'idées noires qui entretemps ont disparu. Nous pouvons donc d'office reconnaître que la présence des symptômes précités n'ont jamais été graves ni marqués pour justifier un diagnostic par exemple d'un tableau dépressif sévère. Toutefois on peut évoquer de préférence une réaction dépressive prolongée, cependant compte tenu que la situation perdure au-delà de deux ans, d'où le diagnostic de trouble dépressif récurrent, nous pouvons dire ayant évolué de manière modérée à légère et vice-et versa.

L'assuré est pris en charge depuis janvier 2015 par la Dresse B._____, psychiatre, il s'agit d'une prise en charge adaptée à la situation de l'expertisé, le médecin a introduit un traitement approprié pour ce genre de difficultés et l'assuré a bien intégré son suivi. De par ses difficultés en lien à ses traits de personnalité on peut évoquer chez E._____ un fonctionnement de personnalité narcissique avec quelques traits paranoïaques épars sous forme d'un tableau d'allure dépressif récurrent évoluant de léger à modéré.

Les dimensions narcissiques les plus marquantes chez l'expertisé se sont révélées lors de notre évaluation clinique et les tests psychométriques. On trouve un expertisé qui a besoin de reconnaissance des choses accomplies, de compréhension, de reconnaissance uniquement par des personnes importantes et qualifiées, d'un mouvement de méfiance et d'orgueil, d'absence d'empathie envers autrui avec l'impression qu'on est jaloux de ses réussites et une croyance qu'on pense qu'il est prétentieux. Pour ce qui à trait aux traits paranoïaques on assiste par moment à l'émergence ou à une certaine prédisposition délirante sans qu'on soit réellement dans une dimension psychotique avérée. Cependant au niveau des émergences d'idées de concernement, on n'est pas dans un registre ou désorganisation bien organisée ou ancrée comme c'est le cas de ses traits narcissiques. On peut imaginer que les pertes narcissiques ont mis l'accent sur des traits de caractère chez cet expertisé qui ont surgi avec la situation de difficultés socio-familiales compliquées ces derniers mois et ces dernières années.

L'état psychique actuel de l'assuré peut être associé à une blessure narcissique. En effet E. _____ s'est forgé une identité sociale de gagnant. Il est arrivé en tant que réfugié politique, il a pu en travaillant se faire une solide réputation de travailleur, il a réussi en faisant des économies. La faillite et la perte de ses économies qui lui confortaient un solide statut social, ont donc engendré un effondrement narcissique, un mouvement anxio-dépressif réactionnel, aujourd'hui nous sommes obligés d'évoquer un trouble dépressif récurrent évoluant d'intensité légère à moyenne.

Par ailleurs les tests que nous avons effectués et notre évaluation clinique n'ont pas mis en évidence une dépression majeure, si réellement nous prenons en compte nos critères cliniques d'observation on serait plutôt dans une dépression légère. En effet nous n'avons pas assisté lors de notre évaluation chez l'expertisé à une anhédonie, aboulie objectivement. L'assuré peut gérer la plupart de ses activités quotidiennes, l'assuré arrive à conduire son véhicule. Au moins de juin de cette année et tout récemment au mois d'août l'assuré est allé en vacances deux mois dans son pays d'origine, il n'a pas pris l'avion, il a conduit près de deux jours à l'aller et au retour en alternant avec son épouse et son fils. L'assuré n'a pas de problèmes pour regarder la télévision, il a des contacts avec ses enfants, ses petits-enfants, on peut dire que le fonctionnement quotidien habituel n'est altéré que de manière subjective. Nous n'avons pas non plus mis en évidence d'arguments pour un trouble de conversion ni un trouble factice.

L'assuré certes peut se montrer par moment craintif et démonstratif, par contre nous n'assistons pas à des caractéristiques des éléments comme palpitations avec accélération du rythme cardiaque, transpiration, tremblements ou secousses musculaires apparents, impression d'étouffement ou d'autres manifestations pouvant parler pour un trouble de panique avec agoraphobie. L'échelle d'anxiété d'Hamilton confirme la présence d'un état anxieux certes mais d'intensité moyenne et la clinique le confirme. On peut donc écarter la présence d'une phobie sociale qui là encore nous re[n]voie à une dimension anxieuse mais d'intensité mineure tant par les tests psychométriques que la clinique observée au cabinet.

La symptomatologie dépressive est tout au plus sub-clinique avec des conséquences mineures sur le fonctionnement quotidien de E._____. L'expertisé avoue avoir peur de sortir par crainte de rencontrer des compatriotes qui lui posent des questions sur sa situation financière, il aurait peur des quand dira-t-on, peur d'être jugé sur son échec. Il vit difficilement ses pertes économiques, on est plus dans une problématique du registre narcissique avec quelques éléments paranoïaques associés en lien à sa situation sociale, avec des répercussions certes sur l'ego que plutôt d'une vraie pathologi[e] pouvant influencer sa capacité de travail.

Tant au niveau du tableau dépressif récurrent évoluant de manière modérée que de la problématique anxieuse mineure ne nous renvoient pas à des problèmes avec des évolutions et handicaps majeurs. Actuellement les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique sub-clinique n'ont aucune incidence sur la capacité de travail médico-théorique. La problématique anxieuse sans trouble de panique chez une personnalité aux traits narcissiques avec apparition peu après la faillite a probablement engendré les difficultés de fonctionnement ayant pu altérer la capacité de travail au moment des premières consultations auprès de son médecin traitant. Cette période selon l'anamnèse n'a été que de courte durée dans le sens, il n'y a pas eu de modification réelle du fonctionnement de l'expertisé. Aujourd'hui nous pouvons dire qu'il y a une nette amélioration de son état, depuis 2017 voir[e] même avant avec une capacité de travail effective dès le 1^{er} janvier 2015.

Cependant de par sa personnalité, du fait qu'il évoque son âge qui pourrait avoir un facteur culturel dans le sens que bon nombre d'hommes de cet âge dans certaines communautés se considèrent comme vieux, des possibles difficultés éventuelles de trouver un emploi l'expertisé étant sans profession, il y a lieu d'analyser toute une dimension ou série de possibles bénéfiques secondaires, tant sur le plan social que professionnel. L'expertisé en restant dans un statut de malade, il pourrait justifier sa régression sociale auprès de ses compatriotes, et sur le plan familial la chute de sa réussite trouve une issue narcissique favorable, ce qui lui permet de mieux digérer la honte, ceci par rapport à son statut social d'avant.

7.2. Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc ; discussion de chances de guérison

La thérapie jusqu'à présent est bien menée par la psychiatre traitant et la médication parfaitement adaptée pour une dépression du registre légère à modérée. L'assuré assiste régulièrement à ses rendez-vous, il nous paraît stable selon son histoire clinique et les tests que nous avons effectués. Cependant compte tenu de l'ensemble de sa situation, de ses traits de personnalité, nous doutons que l'assuré veuille changer quoi que ce soit pour le moment, ceci en raison du rôle qu'il a joué jusqu'à présent auprès de sa famille, de ses proches et de sa communauté.

Il est impossible pour le moment d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle qui seraient vouées à l'échec. L'assuré

pourrait même utiliser ce type de tremplin pour continuer à montrer qu'il va mal, qu'il est malade, qu'il est victime. Malheureusement le psychiatre traitant ne pourra rien mobiliser tant que l'assuré n'aura pas décidé de lui-même de faire le deuil de son ancienne situation, de ne plus être un patron, un patriarche respecté. Aucune mesure thérapeutique supplémentaire ne sera efficace si l'assuré ne décide pas de changer d'attitude et s'adapter à sa nouvelle vie.

7.3 Evaluation de la cohérence et de la plausibilité

L'assuré E. _____ bénéficie d'une bonne prise en charge. L'exacerbation de certains traits paranoïaques a semé une certaine confusion en faisant ressortir des éléments d'allure psychotique, bien soulignés par le psychiatre traitant en évoquant de la méfiance et des sensations bizarres. Nous n'avons pas par contre mis en évidence un trouble anxieux ou phobique invalidant ni une dépression majeure ou sévère, ni l'examen clinique ni les tests psychométriques n'ont mis en évidence des symptômes y relatifs. Il n'existe pas non plus de problèmes de fonctionnalité chez cet expertisé qui reconnaît si souvent il ne va pas à toute occupation à l'extérieur c'est souvent afin d'éviter des quand dira-t-on, ce qui rentre dans une logique plutôt narcissique en lien à sa personnalité avec un sentiment de honte.

Si nous ne préconisons pas de mesures de réadaptation, c'est parce que les traits de personnalité en l'occurrence narcissiques risquent de pousser cet expertisé à majorer davantage les symptômes et mettre tout en échec. Si tout au moins il se montrait motiv[é] et décid[ait] de mobiliser ses ressources, une aide au placement pourrait lui être proposée. Cependant l'expertisé est un homme plutôt fier, un ancien patron, il risque de ne pas entrer en matière, par ailleurs il se considère déjà trop vieux pour travailler chez un autre patron et de par sa personnalité il pourra difficilement passer de patron à employé ou du moins pour le moment.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

L'assuré dispose de nombreuses ressources, il semble avoir tout gagné et tout perdu aujourd'hui. Il vit les pertes comme une grave déchéance narcissique. Les pertes narcissiques chez ces personnalités restent peu guérissables, cela comprend à la fois une dimension personnelle, familiale et sociale. Le refuge dans des somatisations, des plaintes multiples, de majoration des symptômes dépressifs constituent une échappatoire pour ne pas perdre la face.

L'assuré dispose de bonnes ressources, de bonnes capacités, il est bien entouré par sa famille, les difficultés se situent surtout de quand il acceptera de pouvoir les mobiliser les dites ressources. Il s'agit d'un drame en lien à ses traits de personnalité mais aussi à la fois social. Nous n'avons pas trouvé de causes médicales ou psychiatriques aiguës qui pourraient empêcher l'expertisé de continuer à bien fonctionner.

8. Réponses aux questions du mandat

8.1 Capacité de travail dans l'exercice exercé jusqu'à présent ?

Combien d'heures de présence l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

Réponse :

L'absence de troubles fonctionnels majeurs et le résultat de nos tests nous renvoient plus à un trouble de la personnalité majoré par un comportement parfois démonstratif, plaintif. Nous estimons au moins une présence de 6 à 7 heures dans une activité comme la restauration en tant que serveur, aide de cuisine et davantage même comme vendeur dans une station essence, ainsi en rapport avec les domaines dans lesquels il a évolu[é] les dernières années.

-Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative dans quelle mesure et pour quelles raisons ?

Réponse :

L'attitude de l'expertisé, la dimension plaintive qu'il amène empêche réellement de prévoir sa performance réelle. Toutefois l'absence de réels troubles fonctionnels nous permet d'envisager une performance estimée au maximum à 80 % dans les activités précitées.

-A quel pourcentage évaluez-vous la capacité de travail de l'assuré dans cette activité par rapport à un emploi à 100 %.

Réponse :

Nous estimons cette capacité de travail dans les activités mentionnées autour de 80 à 100 %.

-Comment cette capacité de travail a-t-elle évolué au fil du temps ? (depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur) ?

Réponse :

Nous ne pouvons que nous prononcer qu'au moment où l'assuré a pu bénéficier d'un suivi psychiatrique. Selon le dossier, nous estimons que la capacité de travail est restée stable se situant autour de 80 % durant les dernières années soit à partir de janvier 2015. Quant au pronostic nous ne pouvons qu'émettre des réserves car cet expertisé a de la peine à s'adapter à sa nouvelle étape de vie. Il cherche à préserver son narcissisme, à ne pas perdre la face, il risque de continuer à se réfugier dans des comportements démonstratifs sur le long terme afin de pouvoir continuer de garder le contrôle sur les siens.

8.2 Capacité de travail dans une activité correspond[ant] aux aptitudes de l'assuré ?

Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale aux handicaps de l'assuré ?

Réponse :

L'assuré actuellement ne pourra pas reprendre à notre avis dans une activité dans la mécanique, il a probablement perdu la dextérité, cependant dans une activité de serveur, employé dans une pompe à essence et de cuisiner, de conciergerie ou dans des domaines non qualifiés, il pourrait parfaitement être en adéquation.

-

Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour)

Réponse :

Par rapport à notre investigation et nos constatations, nous estimons qu'une présence se situant entre 6 à 7 heures dans la restauration et 8 heures dans une activité comme vendeur dans une pompe à essence.

La performance de l'assuré serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative dans quelles mesures et pour quelles raisons ?

Réponse :

Nous n'estimons pas qu'il y aurait de réduction de performances majeures pour une 80 % dans la restauration et encore moins pour un 90 à 100 % comme vendeur dans un kiosque ou dans une pompe à essence, et accessoirement dans un travail de conciergerie.

A quel pourcentage évaluez-vous la capacité de travail de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail par rapport à un emploi à 100 % ?

Réponse :

Sur le marché ordinaire de travail non qualifié, ouvrier d'usage, de maçon, aide peintre, nous mettons quelques réserves par rapport à une capacité à 100 % mais tout au moins 80 % du fait que l'expertisé n'a que peu exercé dans ces domaines depuis de nombreuses années. Par contre dans d'autres domaines comme nous l'avons explicité conciergerie, vendeur dans un kiosque, aide de cuisine, serveur, cette capacité pourrait se situer autour de 80 % voir[e] même de 100 %.

Comment cette capacité de travail a-t-elle évolu[é] au fil du temps ? Depuis quelle date, évolution, pronostic pour le futur ?

Réponse :

Nous n'avons pas noté d'évolution défavorable objectivement par rapport à un 80 - 100 % dans les domaines d'activité non qualifiée et simple. Cependant quant au pronostic la personnalité de l'expertisé, narcissique, les difficultés à s'adapter à sa nouvelle vie, et ceci malgré un soutien familial sans faille, les peurs de perdre la face, le fait d'évoquer constamment son âge, le tout nous fait entrevoir un pronostic plutôt incertain voir[e] réservé pour le futur.

8.3 Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail

Réponse :

L'assuré est très bien soigné, il investit bien sa thérapeute et sa thérapie. Cependant tant que l'expertisé ne se résoudra pas à faire le deuil de sa situation antérieure et à relativiser la blessure narcissique et à accepter sa nouvelle réalité, à accepter qu'il n'est plus le patron, le patriarche, il risque de continuer à se cantonner à un statut de malade, une façon pour lui de garder le contrôle tout en étant dans la victimisation, il s'agit d'autant de facteurs qui vont au-delà des mesures médicales qu'on peut préconiser, en tenant compte des avantages secondaires liés à la situation actuelle de l'expertisé. En rendant son fils particulièrement responsable de ses difficultés socio-économiques et de sa maladie, il garde sans s'en rendre compte le contrôle.

8.4 Questionnaire spécifique de l'Office AI se rapportant au cas précis ?

Réponse :

Question sans objet.

8.5 Réponse aux questions éventuelles de l'assuré ou de son représentant ?

Réponse :

Nihil.

9. Empêchements ménagers, travaux habituels

Réponse :

Ne concerne pas l'assuré.

9.1 Cas avec rapport d'enquête ménagère

Réponse :

Ne concerne pas l'assuré ».

Dans un avis médical du 4 janvier 2019, la Dre K. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a relevé l'absence de limitations fonctionnelles et les bonnes ressources personnelles de l'assuré mises en évidence par des multiples indicateurs dans l'expertise du Dr M. _____. Elle a cependant considéré qu'au vu des discordances entre les diagnostics retenus par l'expert et la psychiatre traitante, d'une

part, et les limitations fonctionnelles objectivées, d'autre part, il convient de réinterroger l'expert sur certains points.

Ainsi, par courrier du 10 janvier 2019, l'OAI a adressé au Dr M. _____ les questions complémentaires mises en évidence par le SMR. L'expert y a répondu comme suit le 4 février 2019 :

« Question 1

Lors de votre expertise (deux entretiens), vous n'avez objectivé aucune limitation fonctionnelle psychique tandis que le psychiatre traitant (depuis février 2015) a objectivé chez l'assuré les limitations fonctionnelles suivantes : phases de décompensation périodique avec symptômes dépressifs et idéations persécutoires, affect inapproprié, difficultés relationnelles avec conflits à répétition, intolérance à l'autorité, rigidité de la pensée, bizarrement de comportement et de pensées, difficulté à gérer les émotions, intolérance au stress, impulsivité, plaintes psychosomatiques, difficultés de concentration, oublis, dispersion dans les pensées. Est-ce possible que ces limitations n'aient pas pu être objectivable[s] lors de l'expertise en raison de la personnalité narcissique de l'expertisé et/ou du setting de l'expertise (l'expertise n'est pas dans une relation de confiance et a tendance à se montrer plus fort qu'il ne l'est) ?

Réponse :

Il est toujours difficile d'objectiver des limitations après coup. Cependant chez E. _____ comme je l'ai exprimé nous nous penchons plus pour des traits de personnalité qui à certain moment donné dans un contexte socioprofessionnel ont failli, ayant engendré un trouble de l'adaptation. Nous situons la problématique de cet expertisé plus dans un registre social que pathologique. Par ailleurs nous n'avons pas dit que l'expertisé s'est présenté en homme plus fort qu'il ne l'est. Nous pensons que malgré que l'expertisé puisse connaître les enjeux chez un expert, s'agissant d'un interlocuteur neutre, il n'a pas pu se positionner dans le comportement de victime qui nous paraît lui servir de quittance pour mieux contrôler les siens et accessoirement engendrer une attitude d'impuissance et culpabilisante chez le thérapeute.

A mon avis il y a lieu de séparer entre les limitations en lien à une pathologie réelle bien ancrée et des limitations fonctionnelles réactionnelles, des limitations majorées à des fins d'obtenir des bénéfices secondaires.

Question 2

Vous expliquez l'état psychique actuel de l'expertisé par une blessure narcissique intervenue lors de la faillite de son activité indépendante alors qu'il s'était forgé une identité sociale de gagnant. Vous expliquez aussi que des mesures de réadaptation

professionnelle seraient vouées à l'échec car les traits de personnalité narcissique risquent de pousser l'expertisé à majorer les symptômes ; comme il est un homme plutôt fier, ancien patron, il risque de ne pas entrer en matière par rapport à un emploi qui lui serait proposé, car il pourra difficilement passer de patron à employé. Le SMR s'interroge sur ce point : si l'assuré n'avait pas de trouble de la personnalité, il aurait déjà rebondi de sa situation, vu que le trouble dépressif n'est pas incapacitant. Alors doit-on considérer le trouble de la personnalité comme incapacitant dans son cas depuis la faillite ?

Réponse :

D'un côté il y a les traits de la personnalité narcissique, de l'autre côté l'expertisé se considérant comme vieux et s'interroge sur qui pourrait l'engager à son âge. En toute vraisemblance « une sortie narcissique » qui semble procurer à la fois un pseudo statut social, certes précaire mais aussi très symbolique. On est loin d'un effondrement de la personnalité mais des aménagements pour ne pas perdre la face. Quand on voit l'énergie que l'expertisé met pour défendre ses intérêts auprès de ses frères en Turquie, nous pouvons imaginer suivant l'interlocuteur que l'expertisé a en face, il a différentes manières de se présenter. On est loin d'un trouble de la personnalité incapacitant, E. _____ a de nombreuses ressources comme nous l'avons explicité. Par ailleurs nous comprenons tout à fait que l'expertisé ne souhaite pas rebondir, ce serait travaill[er] compte tenu du système de faillite, pour payer ses dettes uniquement. Il s'agit d'un rebondissement qui se fera mais beaucoup plus tard quand l'expertisé sera certain de ne pas travailler uniquement pour payer sa faillite.

Question 3

Vous affirmez que la thérapie a été bien menée par la psychiatre traitant jusqu'à présent et la médication parfaitement adaptée pour une dépression légère ou modérée. Cependant vous ne retenez pas de symptômes du registre psychotique alors que le traitement comprend un antidépresseur et un neuroleptique. Comment expliquez-vous la nécessité d'un neuroleptique sur la longue durée (depuis 2015) pour un trouble dépressif léger ou modéré ?

Réponse :

E. _____ n'a pas d'antécédents psychiatriques, ni connu pour des dépressions, et on n'assiste à aucune évolution selon le médecin traitant d'un patient qui n'est pas connu pour des antécédents dépressifs. Là nous avons un point d'interrogation. On a des doses faibles de traitement probablement qui n'auraient rien modifié par rapport au tableau clinique lorsqu'on est dans un registre de majoration de symptômes. Par ailleurs les doses utilisées à 50 mg de seroquel, sont plus considérées pour palier à l'anxiété ou pour améliorer le sommeil. Aujourd'hui en psychiatrie ce n'est qu'à des doses de 200 mg de seroquel voir plus vraiment qu'on peut prouver l'efficacité antipsychotique du Seroquel. Par ailleurs on voit que le traitement est sous-dosé, ce qui est tout à fait normal, ici il est utilisé plus comme inducteur de sommeil que antipsychotique à notre avis. Il est bien probable que le psychiatre traitant n'est pas

trop sûr du diagnostic ou cela conforme notre impression diagnostic. Dans un registre de dépression sévère, les doses d'antidépresseur et neuroleptiques seraient largement insuffisant[es]. On note que ces doses n'ont pas varié depuis environ 3 ans. Si nous avons affirmé que la thérapie était bien menée par le psychiatre traitant, c'est parce que dans une telle situation le psychiatre traitant a rarement beaucoup de marge de manœuvre. Seul dans un autre setting, un autre contexte et en approfondissant l'anamnèse et la clinique en sortant du rapport médecin - patient, qu'on arrive à affiner le diagnostic et mieux comprendre les enjeux dans ce genre de situation.

La situation est humainement compréhensible, on peut comprendre la difficulté du psychiatre traitant de pouvoir confronter un tel patient ».

Dans un rapport du 8 mars 2019, la Dre K. _____ du SMR a retenu que la capacité de travail exigible était de 80 à 100 % dans toute activité et que l'assuré n'avait aucune limitation fonctionnelle. Elle a estimé que l'expert psychiatre, dans son complément du 4 février 2019, avait répondu aux questions de manière convaincante, relevant que le trouble de la personnalité n'était pas incapacitant, que c'était le contexte socio-professionnel qui avait engendré le trouble de l'adaptation, qui restait également non-incapacitant et que l'assuré avait les ressources pour surmonter ses difficultés.

Selon un compte-rendu de la permanence juriste de l'OAI établi le 26 juillet 2019, en l'absence de limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible était de 100 %, le 20 % de baisse de rendement, lié à l'attitude plaintive de l'assuré, ne pouvant être retenu comme invalidant au sens de l'AI.

Par projet de décision du 26 août 2019, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de refuser l'octroi d'une rente d'invalidité au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante de longue durée.

Par courrier du 26 septembre 2019, l'assuré a contesté ce projet et transmis à l'OAI le 8 octobre 2019 un rapport de la Dre B. _____ du 5 octobre 2019, dont il ressort qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique avait été proposée au recourant en 2015, ce qu'il avait refusé, ainsi que son épouse, craignant une stigmatisation de la part de la

communauté turque et de sa famille. La psychiatre traitante a en outre relevé que l'assuré ne présentait plus spontanément de symptômes psychotiques. Elle s'est ralliée au diagnostic posé par l'expert psychiatre de trouble de la personnalité narcissique avec traits de personnalité paranoïaques, relevant à cet égard que l'intéressé présentait une attitude démonstrative depuis le début de son suivi en 2015, attitude déplorée par sa femme et ses enfants, ainsi que par ses frères en Turquie. S'agissant du temps de présence, la Dre B._____ a estimé que les chiffres articulés par le Dr M._____ n'étaient pas réalistes, l'assuré ne pouvant tenir que deux heures par jour pour effectuer une tâche compte tenu du manque de concentration, des ruminations, de la fatigue, de l'impatience, de l'impulsivité et de la tendance à s'isoler pour être à l'abri d'agresser l'autre. Elle a relevé que l'intéressé conduisait sa voiture et regardait de temps en temps la télévision, mais qu'il ne faisait pas grand-chose des activités de la vie quotidienne, sa femme s'occupant de la nourriture, du ménage et de la lessive et sa fille aînée de tout l'administratif. Selon la psychiatre traitante, le trouble de la personnalité restait la source d'une incapacité de travail au moins à 50 %, si ce n'était à 100 %.

L'OAI a transmis le rapport précité au SMR pour appréciation. Par avis médical du 8 janvier 2020, la Dre K._____ a relevé que les éléments avancés par la Dre B._____ n'amenaient pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de la position de l'OAI et a proposé à celui-ci de maintenir sa position.

Par décision du 14 janvier 2020, l'OAI a confirmé son refus de prestations.

B. Par acte du 21 janvier 2020, E._____, par l'intermédiaire de la B._____, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Dans sa réponse du 12 mars 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

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. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3. 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 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 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). 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).

4. a) Pour pouvoir 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 une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée ; TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. En l'espèce, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique. Se fondant sur les conclusions de l'expert, il a retenu que le recourant conservait une pleine capacité de travail, ce que l'intéressé conteste.

a) L'expert a décrit de manière claire le contexte médical et l'appréciation de la situation médicale. En se fondant sur une anamnèse détaillée et ses propres examens, il a retenu que l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, ainsi qu'un autre trouble spécifique de la personnalité, sous la forme d'une personnalité narcissique. Ces atteintes n'entraînaient toutefois pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique. L'expert a expliqué les différents éléments l'ayant amené à ses conclusions, lesquelles sont bien motivées et convaincantes. Il a en outre expressément écarté le diagnostic de trouble schizotypique évoqué par la psychiatre traitante, en mettant également en évidence que cette dernière n'avait pas énuméré les critères cliniques d'un tel trouble, ni les limitations fonctionnelles qu'il pourrait engendrer. L'expert a également nié tout trouble dépressif sévère, ainsi que tout trouble de la conversion ou trouble panique. Par ailleurs, le Dr M. _____ a pris en compte les nouveaux indicateurs retenus par la jurisprudence pour évaluer la capacité de travail de l'assuré. Il a notamment analysé sa personnalité, en relevant des traits de personnalité limite. Il a en outre relevé qu'il disposait de ressources, notamment pour conduire sa voiture, particulièrement pour se

rendre jusqu'en J._____ par la route, ainsi que pour regarder la télévision. De plus, il n'existait pas d'isolement social, puisqu'il vivait avec sa femme et l'une des filles et avait des contacts réguliers avec ses enfants et ses petits-enfants. Il a également souligné que le recourant disposait d'importantes capacités d'adaptation, dont il avait fait preuve dès son arrivée en Suisse et qui lui ont permis de réussir tant au niveau professionnel que social. C'est d'ailleurs l'échec constitué par la faillite de son fils et la fermeture de son restaurant qui ont provoqué un effondrement narcissique que l'assuré a du mal à surmonter, pour les raisons clairement exposées dans l'expertise. Au final, l'expert a indiqué ne trouver aucun élément objectif allant dans le sens d'une incapacité de travail sur le plan psychique. Il a cependant évoqué une blessure narcissique profonde chez le recourant, qui l'empêchait de surmonter ses difficultés, et dont il tirait des bénéfices secondaires, dans le sens où il pouvait expliquer son échec professionnel vis-à-vis de l'extérieur. En définitive, l'expertise du Dr M._____ remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il y a lieu de se rallier à ses conclusions.

b) Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause ce qui précède. En particulier, dans son rapport du 26 septembre 2019, la Dre B._____ est revenue sur le diagnostic de trouble schizotypique posé par ses soins en juillet 2017, diagnostic qui avait précisément justifié pour l'OAI la nécessité de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et qui n'apparaît désormais plus d'actualité. La psychiatre traitante s'est ralliée au diagnostic posé par l'expert M._____ de trouble de la personnalité narcissique, estimant toutefois que celui-ci serait incapacitant. Il ne s'agit cependant que d'un avis vague, dans lequel elle n'évoque pas clairement les raisons ou les limitations en lien avec cette atteinte qui empêcheraient l'exercice de toute activité lucrative. Les limitations fonctionnelles citées par la psychiatre traitante ne signifient pas encore que le recourant ne soit pas en mesure de mettre en valeur une quelconque capacité de travail. En outre, le fait que l'intéressé ait présenté une attitude démonstrative depuis le début de son suivi en 2015 ne prouve pas non plus qu'il ne soit

pas en mesure de travailler, l'expert ayant au contraire démontré que l'intéressé pouvait retirer des bénéfices secondaires de cette attitude plaintive. Le fait que l'assuré ne participe pas aux tâches ménagères n'est pas non plus un indice pour une incapacité fonctionnelle, dans la mesure où cette non-participation semble plus liée à des critères culturels. On peine au demeurant à comprendre, à l'instar du SMR, comment un trouble de la personnalité présent depuis le début de l'âge adulte pourrait soudainement expliquer une incapacité totale de travail à l'âge de 50 ans chez une personne aux multiples ressources. On relèvera encore que la DreB. _____ a souvent évoqué des diagnostics différentiels, sans toutefois les justifier et estimé une gravité de l'atteinte sans se tenir à des critères objectifs clairs, faisant passer son estimation de la capacité de travail du recourant de 100 % à 50 % sans explication.

En définitive, les éléments au dossier ne permettent pas de remettre en question les conclusions de l'expert, auxquelles il y a lieu de se rallier.

c) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail entière dans une toute activité.

7. Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert le recourant par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; ATF 134 I 140 consid. 5.3).

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) N'obtenant pas gain de cause, le recourant, qui, au demeurant, n'est pas assisté d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'E._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- B._____ (pour E._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :