

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 juin 2021

---

Composition : Mme PASCHE, présidente  
Mme Röthenbacher, juge, et Mme Silva, assesseure  
Greffière : Mme Berseth

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], alors sans formation et domicilié dans le canton de Genève, a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 14 décembre 2001, en faisant état d'une décompensation psychotique avec tentative de suicide, demande qu'il a retirée le 25 mars 2002.

**b)** Le 8 avril 2003, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il souffrait d'une décompensation due à une prise de drogue en 1999.

Dans un rapport du 23 mai 2003, la Dre S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que son patient présentait depuis 1999 un trouble affectif bipolaire, en rémission, un trouble obsessionnel compulsif d'arrangement, une personnalité émotionnellement labile de type borderline, et un syndrome de dépendance au cannabis, sa capacité de travail étant limitée à 50%.

Par décision du 6 novembre 2003, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève a rejeté la demande de l'assuré, compte tenu de son refus de coopérer.

**B. a)** Le 14 février 2011, l'assuré a déposé une troisième demande, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en précisant qu'il présentait un trouble bipolaire induisant une incapacité de travail de 100% depuis novembre 2010 et qu'il était suivi depuis 2001 par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à l'Hôpital L.\_\_\_\_\_.

Dans son rapport du 21 avril 2011 à l'OAI, le Dr V.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics incapacitants de plusieurs décompensations dépressives et psychotiques, dernièrement un trouble psychotique aigu transitoire (F23.3), chez un patient présentant un grave trouble de la personnalité du spectre borderline (F60.31) sur une structure psychotique,

avec induction des troubles ci-dessus par des consommations de diverses drogues. Le psychiatre a attesté une incapacité de travail de 100%, chez un patient décrit comme instable, fragile, impulsif, projectif, probablement interprétatif et consommant des drogues qui accentuent ses difficultés mentales, psychiques et adaptatives.

Dans un avis du 24 mai 2011, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a relevé que l'assuré souffrait d'un grave trouble de la personnalité, que l'incapacité de travail était justifiée et que des mesures d'orientation professionnelle n'étaient pour l'instant pas réalistes. Il a proposé une réévaluation de la situation en janvier 2012, après l'accouchement de l'épouse de l'assuré.

Le 22 mars 2012, le Dr N.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a posé les diagnostics de probable trouble schizo-affectif, type mixte (F25.2), de tentative de suicide par pendaison en 1999 et 2011 (X70), de tentative de suicide par défenestration en 1999 (X80), de tentative de suicide par électrocution en 1999 (X83) et de dépendance au cannabis, actuellement abstinent (2 semaines ; F12.20). Le Dr N.\_\_\_\_\_ a estimé que le probable trouble schizo-affectif portait atteinte à la capacité de travail et que le pronostic était très réservé, chez un patient qui présentait un trouble psychiatrique sévère symptomatique depuis de nombreuses années et qui n'avait jusqu'alors que très peu adhéré à un processus thérapeutique. L'instabilité du trouble et les crises florides des derniers mois ne permettaient pas une évaluation rigoureuse des compétences résiduelles tant cognitives que comportementales. Ainsi, hormis le fait que la capacité de son patient était entièrement altérée par sa maladie, le psychiatre estimait qu'un processus de réinsertion ou de réparation était prématuré et ne devrait être envisagé qu'après une stabilité clinique de six mois au moins. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a produit un lot de rapports médicaux, dont il ressortait que l'assuré avait été hospitalisé du 19 au 30 août 1999 puis du 11 au 29 octobre 1999 à la Clinique C.\_\_\_\_\_, du 29 au 30 octobre 1999, du 10 au 23 décembre 1999, du 17 août au 11 septembre 2000 et du 19 février au 4 mars 2003 à T.\_\_\_\_\_, du 24 juillet au 1<sup>er</sup> août 2007 à la

Clinique C.\_\_\_\_\_, du 7 au 8 décembre 2010 et du 8 au 17 janvier 2011 au Centre de Psychiatrie Z.\_\_\_\_\_, du 17 janvier au 9 février 2011 puis du 24 juin au 12 juillet 2011 à l'Hôpital L.\_\_\_\_\_, et du 10 au 12 octobre 2011 à la Clinique C.\_\_\_\_\_.

Par avis du SMR du 7 juin 2012, le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de probable trouble schizo-affectif, type mixte, associé à une dépendance au cannabis. Estimant que l'assuré présentait de ce fait une totale incapacité de travail dans toute activité depuis le 8 janvier 2011, il a précisé que la capacité de travail de l'assuré n'avait jamais été entière depuis la fin de l'adolescence. Au titre des limitations fonctionnelles, il a retenu des difficultés relationnelles avec par périodes un sentiment de persécution, une interprétativité et de la violence, une bizarrerie du comportement, une impulsivité, une anosognosie, une hypersensibilité au stress, une diminution de la capacité de concentration et d'attention, ainsi que des difficultés mnésiques.

Par décision du 9 octobre 2012, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012.

**b)** Le 6 février 2013, le Dr N.\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que la situation de son patient s'était significativement améliorée et qu'un programme de réadaptation pouvait être mis en place. Par courrier du 18 février 2013, l'assuré a confirmé se sentir mieux depuis la prise de lithium en septembre 2012 et a fait part de sa motivation à entreprendre une formation professionnelle, par égard pour son fils (réd. : né en 2011) et sa famille.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> juin 2013, le Dr N.\_\_\_\_\_ a observé que son patient avait une bonne adhésion thérapeutique et pharmacologique, ainsi qu'une réelle motivation à l'abstinence de la consommation de cannabis. La situation clinique pouvait être considérée comme stable depuis la fin 2012, malgré de légères fluctuations thymiques.

L'assuré a alors commencé le 26 mai 2014 auprès de l'ORIF une formation d'une année dans la soudure, prise en charge par l'assurance-invalidité au titre de formation professionnelle initiale (art. 16 LAI), selon communication du 13 mai 2014.

Le 14 mars 2015, le Dr N. \_\_\_\_\_ a certifié que la situation de son patient était stable et compensée depuis plus d'un an, et qu'au vu de cette évolution clinique remarquable, il soutenait sa demande de pouvoir initier une formation visant l'obtention d'un CFC en construction métallique.

Par communication du 12 juin 2015, l'OAI a accordé à l'assuré, toujours dans le cadre d'une formation professionnelle initiale, la prise en charge de la 1<sup>ère</sup> année d'apprentissage CFC de constructeur métallique auprès de l'ORIF, du 1<sup>er</sup> août 2015 au 31 juillet 2016, à 100%. L'assuré ayant réussi sa première année de formation, l'OAI a admis la prise en charge des coûts de sa formation professionnelle initiale en cours, de la 2<sup>ème</sup> à la 4<sup>ème</sup> année CFC, soit jusqu'au 31 juillet 2019 (cf. communication du 16 juin 2016).

L'assuré a présenté une incapacité de travail du 10 août 2016 au 21 octobre 2016, pour raisons oncologiques.

Le Dr N. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 100% du 11 au 29 janvier 2017. L'ORIF a fait savoir à l'OAI que l'assuré avait dû réadapter son traitement pour la bipolarité mais qu'il reprendrait son activité dès le 30 janvier 2017 (courriel du 26 janvier 2017). Le Dr N. \_\_\_\_\_ a toutefois encore établi des arrêts de travail du 9 mars au 17 avril 2017, à 50%, et du 9 au 14 mai 2017, à 100%.

Dans un rapport du 8 juin 2017, le directeur de l'ORIF a fait savoir à l'OAI que tout se déroulait très bien sur le plan pratique et théorique pour l'assuré au terme de sa 2<sup>ème</sup> année d'apprentissage. Il a toutefois observé qu'au vu des épisodes lors desquels la fragilité de l'assuré était ressortie de manière importante, il semblait judicieux de

mettre en place dans le courant de la 3<sup>ème</sup> année de formation des stages en entreprises, si possible de longue durée, tout en gardant le contrat d'apprentissage, ceci afin de garder un filet de sécurité au cas où l'assuré devrait réintégrer l'ORIF pour des raisons médicales ou d'incompatibilité avec l'environnement de l'entreprise trouvée.

L'ORIF a mis en place un stage en entreprise du 24 au 27 octobre 2017.

L'assuré a présenté une incapacité de travail de 50% attestée par le Dr N. \_\_\_\_\_ du 30 octobre au 31 décembre 2017.

Par communication du 13 mars 2018, l'OAI a accordé à l'assuré la prise en charge des coûts d'une formation de dessin assisté par ordinateur.

L'assuré a effectué un stage du 5 au 23 mars 2018 auprès des Services industriels de [...].

Le 29 mars 2018, le Dr N. \_\_\_\_\_ a fait état d'une incapacité totale de travail du 26 au 29 mars 2018.

Aux termes d'un rapport intermédiaire du 3 juillet 2018, l'ORIF a constaté que l'assuré arrivait au terme de sa 3<sup>ème</sup> année d'apprentissage et avait déjà acquis de bonnes compétences professionnelles. Toutefois, le dernier stage entrepris auprès des Services industriels de [...] avait relevé un rythme de travail encore insuffisant par rapport aux exigences d'une entreprise. Le directeur de l'ORIF précisait que la dernière année serait axée sur la mise en place de stages dans l'économie et sur la préparation aux examens.

Le Dr N. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail à 50% du 2 au 14 juillet 2018, puis à 100% du 17 au 23 septembre 2018, à 50% du 24 au 30 septembre 2018 et à 50% du 1<sup>er</sup> octobre au 30 novembre 2018.

A teneur d'un procès-verbal d'un entretien de bilan de formation du 20 décembre 2018, l'assuré était très abattu par la crise conjugale qu'il traversait et se sentait très préoccupé par la fin de sa formation et la suppression de sa rente. Indiquant qu'il avait peur de perdre le contrôle dans un emploi, il a expliqué qu'il n'aimait pas le travail en série dans la construction métallique et se voyait dans l'idéal artiste dans les métaux, toujours au bénéfice de sa rente d'invalidité.

Le Dr N. \_\_\_\_\_ a établi une nouvelle incapacité de travail à 50% du 1<sup>er</sup> janvier au 14 avril 2019. Interpellé par l'OAI, le psychiatre traitant a indiqué le 15 février 2019 que son patient souffrait d'un trouble schizo-affectif, épisode actuel mixte (F25.2). Après une évolution favorable jusqu'en juin 2018, la situation clinique était devenue difficile. Malgré une bonne compliance, la capacité de travail de l'assuré s'élevait à 50% depuis juillet 2018, hormis une semaine de totale incapacité de travail en septembre 2018.

Par avis du 26 février 2019, la Dre P. \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a noté qu'au vu des antécédents psychiatriques chargés de l'assuré, de la fragilité psychique mentionnée lors de la formation en cours et du risque de décompensation, le SMR s'alignait sur les appréciations du confrère psychiatre traitant.

Le 25 avril 2019, le Dr N. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 100% du 15 avril au 31 mai 2019, qu'il a ensuite prolongée du 1<sup>er</sup> au 16 juin 2019 par certificat du 6 juin 2019. Dans la continuité, la Dre [...], médecin au l'Hôpital de [...], a attesté une incapacité de travail de 100% du 20 au 26 juin 2019.

L'assuré a obtenu son CFC de constructeur métallique en juin 2019.

Il ressort du procès-verbal d'un premier entretien d'aide au placement du 21 août 2019, que, jusqu'en juin 2018, le taux d'absentéisme de l'assuré était de 20%, avant d'augmenter à 50% de juin

à décembre 2018. L'assuré avait émis des doutes quant à sa capacité à chercher du travail.

A teneur d'une note téléphonique du 8 octobre 2019, l'OAI a signifié à une entreprise intéressée à engager l'assuré que le but d'un premier stage de trois mois serait d'évaluer la capacité de l'intéressé à assurer un taux de présence de 50% sur plusieurs mois.

Par courriel du 21 octobre 2019, l'assuré a indiqué à l'OAI que le stage ne s'était pas très bien passé et qu'il avait eu « des symptômes handicapants ». Le directeur de l'entreprise concernée a quant à lui écrit à l'OAI le 18 octobre 2019 pour expliquer qu'après deux jours de travail, l'assuré avait signifié que le type de travail ne lui convenait pas et qu'il ne souhaitait pas faire de stage dans cette entreprise.

Le Dr N. \_\_\_\_\_ a attesté une nouvelle incapacité de travail à 100% du 17 octobre au 30 novembre 2019.

Par courrier du 4 novembre 2019, l'assuré a informé à l'OAI qu'il ne s'estimait pas apte à reprendre une activité professionnelle et qu'il préférerait renoncer pour l'instant à la mesure d'aide au placement.

Dans un rapport de fin de mesure de formation initiale du 27 novembre 2019, le directeur de l'ORIF a indiqué qu'hormis l'aspect lié à sa santé psychique, l'assuré possédait toutes les capacités pratiques et physiques pour œuvrer dans le domaine de la construction métallique et que la qualité de son travail, appréciée par rapport à un employé qualifié, était bonne, avec un rendement de 50%.

Par projet de décision du 7 avril 2020, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il entendait remplacer la rente entière versée jusqu'alors par une demi-rente, au motif qu'à l'issue de la formation accomplie et du stage en entreprise, une capacité de travail de 50% lui avait été reconnue.

Le 30 avril 2020, l'assuré a fait part de ses objections au projet de décision précité, arguant du fait que son état de santé ne lui permettait pas d'être « rentable financièrement » à 50 ou 100%. Il a expliqué qu'en raison de sa bipolarité, il était en proie depuis plusieurs mois à une alternance d'épisodes dépressifs et maniaques et qu'il avait été hospitalisé à deux reprises entre fin 2019 et mi-mars 2020.

Le 26 mai 2020, l'assuré a produit à l'OAI :

- un rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 30 novembre 2018, selon lequel l'évolution avait été favorable jusqu'en juin 2018, avant de devenir à nouveau difficile, principalement en raison d'une phase mixte avec un mouvement thymique important tant sur le versant dépressif que maniaque, associé à une symptomatologie persécutoire intermittente, le tout induisant une incapacité de travail de 50% depuis juillet 2018 dans toute activité ;
- un rapport du 16 janvier 2020 du Dr F.\_\_\_\_\_, psychiatre à la Clinique C.\_\_\_\_\_, établi à la suite d'un séjour du 1<sup>er</sup> au 2 janvier 2020 pour une émergence de symptômes maniaques ; le psychiatre a notamment relevé que le patient ne prenait plus aucun médicament ; sa sortie avait été accordée en l'absence de critères de dangerosité ;
- un rapport du 7 avril 2020 du Dr B.\_\_\_\_\_, psychiatre à l'Hôpital L.\_\_\_\_\_, faisant état d'une hospitalisation du 16 au 27 mars 2020, en raison d'un épisode maniaque avec symptômes psychotiques lié au trouble affectif bipolaire ;
- un certificat médical du 22 mai 2020 du Dr N.\_\_\_\_\_ attestant un épisode dépressif en juillet 2019 et en novembre-décembre 2019, ainsi que deux épisodes maniaques en janvier et mars 2020.

Lors d'un entretien téléphonique du 28 août 2020, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il avait dû quitter le domicile conjugal et qu'il espérait retrouver du travail.

Interpellé par l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_ a indiqué le 14 septembre 2020 que la situation clinique de son patient était restée instable jusqu'au mois d'août 2020. Malgré des éléments de vie à forte charge émotionnelle,

la symptomatologie s'était significativement amendée depuis l'introduction d'un nouveau traitement. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a expliqué que, depuis juillet 2018, la situation clinique avait nécessité de nombreux aménagements avec plusieurs arrêts de travail. La symptomatologie était principalement thymique mais des périodes euthymiques avaient pu être objectivées, avec des symptômes psychotiques tels qu'une idéation délirante de type persécutoire et des cénesthésies. Au titre des limitations fonctionnelles, le psychiatre traitant a signalé une sensibilité aux stress, une irritabilité légère, une légère interprétativité et une fatigabilité. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a encore relevé que depuis un mois, l'assuré était plus calme, avec une narration et une pensée structurées et cohérentes. L'intéressé présentait une euthymie et une légère interprétativité, qu'il était toutefois en mesure de critiquer. Sa concentration et son attention étaient également améliorées. Il persistait une légère irritabilité et impulsivité. Aucune hospitalisation n'était survenue depuis celle de mars 2020. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'un traitement bien suivi participait à la stabilité du patient et à sa capacité de travail, mais qu'il n'était pas toujours suffisant. Il a indiqué que dans une journée type, son patient se levait vers 8h ou 9h, faisait des actes de la vie quotidienne, de la course à pied, rendait visite à son fils, entretenait des relations sociales et recherchait des stages. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a attesté que, depuis juillet 2018, l'assuré avait présenté une incapacité de 50% du 2 au 14 juillet 2018 (4h/jour), de 50% du 17 septembre au 21 octobre 2018 (4h/jour), de 100% du 22 octobre au 30 novembre 2018, de 50% du 1<sup>er</sup> au 9 décembre 2018, de 100% du 10 au 31 décembre 2018, de 50% du 1<sup>er</sup> janvier au 14 avril 2019, de 100% du 15 avril au 20 août 2020 et de 50% dès le 21 août 2020.

Par avis du SMR du 11 novembre 2020, le Dr H.\_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit :

« Cet assuré de 37 ans qui souffre d'un trouble schizo-affectif est au bénéfice d'une rente entière depuis le 01.01.2012. Dans le cadre d'une révision d'office en 02.2013 avec mise en place de MNR [mesure de nouvelle réadaptation] et MOP [mesure d'ordre professionnel] aboutissant à l'obtention d'un CFC, une évaluation des CT [capacité de travail] par l'ORIF, pendant les phases de stabilité de l'assuré, est environ de 50% depuis 07.2018, ce que confirmait le Dr N.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assuré, dans son RM [rapport médical] de 11.2018 (GED [gestion électronique des

données] 15.02.19) et qui a été repris dans l'avis SMR du 26.02.2019. L'assuré a ensuite présenté plusieurs décompensations depuis le printemps 2019 notamment dépressives prises en charge en ambulatoire puis maniaques (dernière en 03.2020) avec nécessité d'hospitalisation sous contrainte et montrant une déstabilisation psychique entre 04.2019 (date d'apparition de la décompensation dépressive) à 08.2020 (date de stabilisation thymique après introduction d'un nouveau traitement psychotrope) avec une CTAH [capacité de travail dans l'activité habituelle] et une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] nulle durant cette période.

Compte tenu des éléments médicaux, nous pouvons retenir les éléments suivants :

Date d'amélioration initiale : 07.2018

CTAH/CTAA : 50% à partir de 07.2018 jusqu'en 03.2019

Date d'aggravation : 04.2019

CTAH/CTAA : 0% de 04.2019 à 08.2020

Date d'amélioration : 08.2020

CTAH/CTAA : 50% depuis 08.2020

LF [limitations fonctionnelles] : sensibilité aux stress, irritabilité légère, légère interprétativité, fatigabilité ».

Par courrier du 18 novembre 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'à l'issue de la reprise d'instruction initiée par ses objections du 30 avril 2020, il avait été retenu qu'il disposait d'une capacité de travail de 50% depuis juillet 2018, hormis d'avril 2019 à août 2020, où il avait présenté une incapacité de travail de 100% en raison d'une aggravation survenue en mars 2019.

Par décision du 1<sup>er</sup> décembre 2020, l'OAI a confirmé qu'à compter du 1<sup>er</sup> février 2020 [recte : 2021], l'assuré aurait droit à une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 50%, en lieu et place d'une rente entière.

**C.** Par acte du 16 décembre 2020, Q.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, dont il a implicitement conclu à l'annulation, dans le sens du maintien de sa rente entière d'invalidité. Il a fait valoir que, malgré le traitement médicamenteux, son état de santé psychique oscillait fortement depuis 2010, par l'alternance de phases hypomaniaques et de phases de dépression sévère. S'il se sentait apte à être réinséré lors de phases hypomaniaques, comme c'était par exemple le cas en août 2020

lorsqu'il a sollicité une aide à la réinsertion professionnelle, il avait dû se rendre à l'évidence qu'il lui était impossible de réaliser un gain à 50% dans le monde économique.

Le 14 janvier 2021, le recourant a produit un onglet de pièces sous bordereau, parmi lesquelles un certificat du Dr N.\_\_\_\_\_ du 12 janvier 2021 attestant une incapacité de travail à 100% du 1<sup>er</sup> au 31 janvier 2021.

Par réponse du 25 février 2021 se fondant sur un avis du SMR du 12 février 2021, l'OAI a préconisé de réinterroger le Dr N.\_\_\_\_\_, dans la mesure où, même s'il n'y avait pas de précisions ni de rapports médicaux entre septembre 2020 et décembre 2020, la possibilité d'une nouvelle aggravation ne pouvait être écartée compte tenu de l'instabilité psychique possible en lien avec l'atteinte à la santé, ce qui pourrait rendre transitoire la phase d'amélioration décrite depuis août 2020.

Par réplique datée du 12 mars 2021, reçue le 22 mars 2021, le recourant a indiqué qu'il était séparé de son épouse depuis 2020 et que le Dr N.\_\_\_\_\_ avait mis un terme à sa psychothérapie. Il a joint à son écriture un rapport du 9 mars 2021 du Dr D.\_\_\_\_\_, nouveau psychiatre traitant depuis le 19 janvier 2021, attestant une totale incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021 et précisant que son patient avait développé une dépression sévère avec l'émergence de symptômes psychotiques en automne 2020, dont les causes étaient à mettre en relation avec une phase dépressive suivant l'épisode maniaque intense du printemps, avec la demande de divorce de son épouse et l'arrêt du traitement. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a encore relevé les éléments suivants :

« Durant l'automne, le patient s'est progressivement isolé, et a développé des symptômes dépressifs s'aggravant, avec une humeur fortement déprimée, un trouble important de la concentration & des oublis, un sommeil très perturbé avec une tendance à l'inversion du rythme nycthémeral, l'apparition des suicidaires (sic), & un présentiment délirant de ruine, d'inutilité, d'échec & d'exclusion.

La capacité de travail est de 0%, certifiée depuis janvier de cette année, mais très certainement depuis l'automne dernier (octobre ou novembre 2020).

Le pronostic à moyen & long terme est sombre. Monsieur Q. \_\_\_\_\_ souffrant d'un trouble schizo-affectif important, de longue date, avec des périodes de rémission, mais l'état psychique est de toute évidence fragile malgré les différents traitements médicamenteux instaurés par le passé.

Dans ces conditions, la demande de révision (avec une augmentation de la capacité de travail) devrait être revue & corrigée. Le maintien d'une rente d'invalidité pleine & entière paraît nécessaire, le patient étant de toute évidence incapable pour des raisons médicales & psychiatriques, à s'adapter sur le marché libre du travail, même à temps partiel. »

A l'appui de sa réplique, le recourant a également produit un rapport du 19 mars 2021 de la Dre X. \_\_\_\_\_, médecin traitant, dont il ressort que depuis le début de sa prise en charge, en 2012, elle a été indirectement témoin de manifestations de son trouble bipolaire, alternant des phases de dépressions profondes et d'états maniformes, parfois extrêmement violents, sans constater de longues phases de rémission. L'assuré l'avait consultée le 18 janvier 2021, en rupture avec son psychiatre, dans un état désespéré, avec des signes de dépression sévère impliquant des idées suicidaires. Les phases d'alternance de décompensation majeure auxquelles elle avait assisté en 9 ans lui permettait d'affirmer qu'une stabilisation au long terme n'était actuellement pas envisageable et lui faisait paraître stupéfiant qu'une révision de rente soit envisagée compte tenu de l'histoire médicale de son patient, qui plus en plus en pleine phase maniaque.

Etaient enfin joints à la réplique du recourant les témoignages écrits de son épouse et de ses parents, qui ont, pour la première, décrit le quotidien avec le recourant depuis leur rencontre en 2009 et, pour les seconds, expliquent la vie de leur fils depuis son jeune âge et font valoir qu'à leurs yeux, il ne pourrait se passer d'une rente entière d'invalidité.

Par duplique du 12 avril 2021, l'OAI a maintenu ses conclusions.

Les 17 et 18 mai 2021, le recourant a encore produit un certificat du Dr D. \_\_\_\_\_ du 4 mai 2021 attestant une incapacité de travail pour les mois d'avril et mai 2021, ainsi qu'un certificat de la Dre

X. \_\_\_\_\_ du 14 mai 2021 attestant une incapacité de travail jusqu'au 30 juin 2021, à réévaluer selon évolution.

### **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 la réduction de la rente entière d'invalidité du recourant à une demi-rente, à compter du 1<sup>er</sup> février 2021. Se pose singulièrement la question de savoir si son état de santé a connu une amélioration conduisant à une modification notable de son taux d'invalidité et fondant une révision des prestations accordées jusque-là.

**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 (1<sup>ère</sup> phrase). 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 (2<sup>e</sup> phrase).

**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, par renvoi de l'art. 28a al. 1 LAI).

**c)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur

la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

**d)** 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 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\_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

**4.** En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant s'est amélioré, dans une mesure susceptible de modifier l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée, entre la précédente décision au fond, rendue le 9 octobre 2012, et la décision litigieuse, du 1<sup>er</sup> décembre 2020.

**a)** Le recourant souffre depuis des années de pathologies psychiatriques graves, qui l'ont conduit à de nombreux séjours en milieu spécialisé et à plusieurs tentamens. Il n'est pas contesté que lorsque lui été reconnu le droit à une rente entière d'invalidité, allouée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, ses deux psychiatres traitants étaient d'avis que son état santé ne lui permettait pas de travailler (rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 21 avril 2011 et rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 22 mars 2012). Cette appréciation n'a pas été contestée par le SMR, qui a relevé par avis du 7 juin 2012 que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité et qu'elle n'avait au demeurant jamais été entière depuis la fin de son adolescence. Au titre des limitations fonctionnelles, le SMR a retenu des difficultés relationnelles avec par périodes un sentiment de persécution, une interprétativité et de la violence, une bizarrerie du comportement, une impulsivité, une anosognosie, une hypersensibilité au stress, une diminution de la capacité de concentration et d'attention, ainsi que des difficultés mnésiques.

C'est sur la base de ces éléments qu'a été rendue la décision d'octroi de rente entière du 9 octobre 2012.

**b)** Depuis lors, la situation de l'assuré a connu une amélioration significative, dès la fin 2012, attribuée notamment à la modification de sa médication (prise de Lithium). Le Dr N.\_\_\_\_\_ l'a signifié à l'OAI le 6 février 2013, en indiquant que l'état de son patient permettait dorénavant la mise en place d'un programme d'occupation. Le 18 février 2013, le recourant a confirmé se sentir motivé et en mesure d'entreprendre une formation. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a pu constater la stabilité de la situation clinique de son patient (rapport du 1<sup>er</sup> juin 2013), ce qu'il a encore confirmé le 14 mars 2015, qualifiant l'évolution clinique de remarquable. C'est dans ce contexte que l'OAI a admis de prendre en charge les coûts de la formation initiale du recourant, qui a pu la mener à bien jusqu'à obtenir un CFC de constructeur métallique en 2019.

Malgré cette réussite, force est de constater que l'état de santé du recourant a été fluctuant durant sa période de formation. Il a ainsi rapidement présenté un taux d'absentéisme de l'ordre de 20%, qui s'est ensuite élevé à 50% dès juin 2018 (cf. procès-verbal du 21 août 2019). L'état de santé de l'intéressé a connu une évolution difficile depuis juin 2018, principalement en raison d'une phase mixte avec un mouvement thymique important, tant sur le versant dépressif que maniaque, associé à une symptomatologie persécutoire intermittente, justifiant une incapacité de travail de 50% (cf. rapports du Dr N.\_\_\_\_\_ des 30 novembre 2018 et 15 février 2019). Le recourant a présenté un épisode dépressif en juillet 2019 puis en novembre et décembre 2019, ainsi que deux épisodes maniaques en janvier et mars 2020, ces derniers ayant conduit à des hospitalisations contraintes à la Clinique C.\_\_\_\_\_ et à l'Hôpital L.\_\_\_\_\_ (cf. rapports du Dr F.\_\_\_\_\_ du 16 janvier 2020, du Dr B.\_\_\_\_\_ du 7 avril 2020 et du Dr N.\_\_\_\_\_ du 22 mai 2020). Depuis juin 2018, l'assuré a ainsi alterné des périodes d'incapacité de travail de 50% et de 100%, entrecoupées de quelques brèves périodes sans arrêt de travail attesté (incapacité de 50% du 2 au 14 juillet 2018 puis du 17 septembre au 21 octobre 2018, de 100% du 22 octobre au 30 novembre 2018, de 50% du 1<sup>er</sup> au 9 décembre 2018, de 100% du 10 au 31 décembre 2018, de 50% du 1<sup>er</sup> janvier au 14 avril 2019), avant de présenter une incapacité de travail totale durant plus d'un an, du 15 avril

2019 au 20 août 2020 (cf. rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ du 14 septembre 2020 et avis du SMR du 11 novembre 2020). Le Dr N.\_\_\_\_\_ a estimé qu'ensuite de cette période instable, son patient avait recouvré une capacité de travail de 50%, dès le 21 août 2020 : il était devenu plus calme, avec une narration et une pensée structurées et cohérentes ; il présentait une euthymie, ainsi qu'une concentration et une attention améliorées. S'il faisait encore preuve d'une légère interprétativité, il était en mesure de la critiquer. C'est sur la base de cette dernière appréciation, à laquelle le SMR s'est rallié le 11 novembre 2020, que l'OAI a considéré le 1<sup>er</sup> décembre 2020 qu'une amélioration significative et durable était intervenue en août 2020, permettant la révision de la rente entière allouée à l'assuré jusqu'alors à la faveur d'une demi-rente.

Les pièces produites par l'assuré à l'appui de son recours font cependant état d'une nouvelle aggravation de son état de santé. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité totale de travail durant tout le mois de janvier 2021 (certificat du 12 janvier 2021), avant de mettre fin à son mandat. Le Dr D.\_\_\_\_\_, qui a repris le suivi de l'assuré dès le 19 janvier 2021, a confirmé que son patient présentait une incapacité de travail de 100% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021, tout en estimant qu'une telle réduction de la capacité de travail existait déjà depuis l'automne 2020 (octobre ou novembre 2020). Il a expliqué que cette dégradation était due au développement en automne 2020 d'une dépression sévère assortie de symptômes psychotiques, à mettre en relation avec une phase dépressive suivant l'épisode maniaque intense survenu en 2020, dans un contexte influencé par la séparation d'avec son épouse et l'arrêt des médicaments. L'assuré s'était alors progressivement isolé et avait développé des symptômes dépressifs s'aggravant, avec une humeur fortement déprimée, un trouble important de la concentration, des oublis, un sommeil très perturbé avec une tendance à l'inversion du rythme nyctéméral, l'apparition d'idées suicidaires et d'un sentiment de ruine, d'inutilité, d'échec et d'exclusion. Face à un pronostic qu'il a qualifié de sombre, le Dr D.\_\_\_\_\_ a estimé que son patient était de toute évidence incapable, en raison de ses troubles psychiatriques sévères, de s'adapter sur le marché primaire du travail, même à temps partiel (cf. rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ 9

mars 2021). La Dre X. \_\_\_\_\_ a partagé cette appréciation, précisant que depuis le début de sa prise en charge en 2012, elle n'avait pas constaté chez son patient de longues phases de rémission entre les phases de dépressions profondes et d'états maniformes et qu'elle estimait qu'une stabilisation à long terme n'était pas envisageable en l'état.

**c)** Il ressort de ces éléments que si l'état de santé du recourant a semble-t-il évolué favorablement entre la fin 2012 et le début de sa formation, il s'est ensuite à nouveau péjoré, vraisemblablement dès juin 2018, mais à tout le moins entre le 15 avril 2019 et le 20 août 2020, période durant laquelle il a présenté une incapacité totale de travail. S'agissant ensuite de l'amélioration attestée par le Dr N. \_\_\_\_\_ depuis le 21 août 2020 permettant une reprise à 50%, force est de constater qu'elle ne prévalait que depuis environ trois semaines lorsque le psychiatre traitant l'a annoncée, le 14 septembre 2020, et qu'elle semble avoir été de courte durée, puisqu'une nouvelle détérioration de l'état psychique de l'assuré est survenue dans le courant du même automne, aboutissant à une totale incapacité de travail, au plus tard dès le 1<sup>er</sup> janvier 2021, selon l'avis concordant des psychiatres traitants (cf. certificat du Dr N. \_\_\_\_\_ du 14 janvier 2021, rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 9 mars 2021, certificat du Dr D. \_\_\_\_\_ du 4 mai 2021 et certificat de la Dre X. \_\_\_\_\_ du 14 mai 2021). L'incapacité de travail de 100% prévalait d'ailleurs vraisemblablement déjà depuis octobre ou novembre 2020, selon l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_, le Dr N. \_\_\_\_\_ ne s'étant au demeurant pas prononcé sur cette période. Il ressort également du dossier que le recourant a, de façon quasi systématique, été en incapacité de travail à la suite des stages qu'il a entrepris en dehors de l'ORIF. Une incapacité de travail est ainsi intervenue du 30 octobre au 21 décembre 2017, à la suite du stage effectué du 24 au 27 octobre 2017. De même, l'assuré a présenté une incapacité de travail de 100% du 26 au 29 mars 2018, alors qu'il avait effectué un stage auprès des Services industriels de [...]. Il s'est encore retrouvé en totale incapacité de travail du 17 octobre au 30 novembre 2019, alors qu'il avait renoncé à un stage en entreprise après deux jours d'essai les 14 et 15 octobre 2019.

Ainsi, si l'ensemble des éléments en mains du tribunal paraît tendre à établir que le recourant ne disposerait finalement d'aucune capacité de travail dans l'économie réelle, du moins pas durablement, le dossier n'est pas suffisamment étayé pour permettre une annulation pure et simple de la décision attaquée, sans autre complément d'instruction. L'OAI paraît ne pas en disconvenir, puisque dans sa réponse au recours, il a proposé un complément d'instruction auprès du Dr N.\_\_\_\_\_. Ce dernier n'étant toutefois plus le psychiatre traitant du recourant, cette démarche n'est pas envisageable. S'agissant particulièrement des mesures d'instruction entreprises dans ce dossier, on relèvera qu'aucune expertise psychiatrique, ni aucun examen auprès du SMR, n'a été mis en œuvre depuis le dépôt de la demande du 14 février 2011. A l'époque, l'OAI s'est fondé sur les seuls rapports des Drs V.\_\_\_\_\_ du 21 avril 2011 et N.\_\_\_\_\_ du 22 mars 2012 pour reconnaître à l'assuré le droit à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Si tous les psychiatres s'accordaient alors sur le fait que la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité et que la situation au plan médical était claire, tel n'est pas le cas aujourd'hui. Les éléments au dossier ne permettent en effet pas d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante qui de l'amélioration de la capacité de travail attestée par le Dr N.\_\_\_\_\_ dès le 21 août 2020 ou de la péjoration intervenue entre l'automne 2020 et janvier 2021, a un caractère durable. Or, lorsqu'il s'agit de trancher la question du bienfondé d'une révision de rente, il est primordial de déterminer le caractère durable ou non d'une modification de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assuré. On pourra d'ailleurs s'interroger sur le caractère prématuré de la décision litigieuse, rendue sur la base d'un seul rapport médical attestant une amélioration sur moins d'un mois, dans un contexte médical pourtant sévère et fluctuant de longue date.

L'instruction menée par l'OAI ne permettant pas de se prononcer sur la question litigieuse en toute connaissance de cause, il convient de lui renvoyer le dossier, dès lors qu'il lui incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa). Dans ce cadre, il lui appartiendra d'actualiser le dossier médical auprès du

Dr D.\_\_\_\_\_ (qui envisageait en mars 2021 de requérir une nouvelle hospitalisation en milieu psychiatrique), puis de mettre en œuvre un examen psychiatrique auprès du SMR ou une expertise psychiatrique.

**5. a)** Au vu de ce qui précède, le recours est admis et la décision entreprise est annulée, le dossier étant retourné à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** 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, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 1<sup>er</sup> décembre 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et le dossier est renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**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 :

- Q. \_\_\_\_\_, à [...],
- 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 :